Conjunciones

Libro Teórico

# Las dificultades de aprendizaje: diagnóstico e intervención

Marina Aguilar Calvo

## Conjunciones



se compone de obras específicas de psicopedagogía, psicología y salud dirigidas a psicólogos, psicoanalistas, psicopedagogos, fonoaudiólogos, educadores y médicos, interesados en esa zona en permanente construcción y debate como es la intersección, articulación, y conjunción de la salud y la educación.

Las dificultades de aprendizaje: diagnóstico e intervención



editorialcep

# LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE: DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN



© Edita **EDITORIAL CEP, S.L.**
C/ Dalia nº 20. Polígono El Lomo
28970 Humanes de Madrid (Madrid)
Tlf. 902 10 82 09

Edición: enero 2011

ISBN libro: 978-84-681-0807-0 / ISBN pdf: 978-84-681-4895-3

Depósito Legal: M-46407-2010



**Imprime: PUBLICEP, S.L.**
C/ Violeta nº 19. Polígono El Lomo
28970 Humanes de Madrid (Madrid).
Tlf. 91 609 4176




**MARINA AGUILAR CALVO**

*Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid, se ha dedicado desde sus inicios profesionales al ámbito de la educación y las dificultades de aprendizaje. Especializada en Psicopedagogía Clínica, Atención Temprana, Pedagogía Terapéutica y Psicología Infantil. Actualmente, trabaja como orientadora escolar en un Centro de Educación Secundaria Obligatoria en Madrid.*



*A mi familia y a tí, mi principito*



# Índice

# PRIMERA PARTE: DIAGNÓSTICO

# Capítulo 1: Orígenes en el diagnóstico de las dificultades de aprendizaje

## 1.1 Evolución histórica

En este capítulo presentaremos en profundidad las raíces del diagnóstico, a saber, elemento imprescindible en la evaluación e intervención psicopedagógicas. Diagnosticar es una actividad básica que todo profesional de la Psicología y la Pedagogía debe conocer y realizar de manera correcta en su labor diaria. Antes de introducirnos en los antecedentes históricos del diagnóstico, cabe preguntarse: ¿Qué es el diagnóstico? ¿En qué consiste diagnosticar? No podemos hablar de una definición única y válida para todas las ciencias. Desde una perspectiva etimológica, diagnosticar significa conocer a fondo, en profundidad. Vamos a exponer algunas definiciones dadas por importantes autores que nos ayudarán a entender mejor este concepto y nos permitirán reflexionar sobre él.

1. Para Rubio, diagnóstico es "la labor de exploración y análisis para descubrir errores en los alumnos"

2. Para Lázaro Martínez, se trata de "indagaciones sistemáticas para conocer un hecho educativo y proponer sugerencias".

3. Según García Nieto, "el diagnóstico es un proceso de identificación, valoración y optimización de los aspectos más relevantes de un alumno para tomar decisiones o intervenir".

4. Finalmente, siguiendo a Brueckner y Rollet, "es la disciplina que determina dificultades, su gravedad y factores subyacentes".

Si hemos atendido a las definiciones anteriores, observaremos que se encuadran dentro del ámbito educativo y, sobre todo, de las dificultades que presentan los alumnos en el proceso de aprendizaje. Hemos preferido dejar a un lado las definiciones propuestas por otras disciplinas al intentar focalizar la atención del lector en aquellos aspectos del diagnóstico relacionados con la labor del profesional en educación. Una vez expuesta la definición de diagnóstico, podemos pasar a exponer la evolución que ha vivido dicho concepto a lo largo del último siglo hasta la actualidad. Al hablar de la evaluación histórica del diagnóstico, es preciso señalar ciertas etapas, con sus respectivos autores, por su relevancia. Dichas etapas son las siguientes:

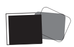
**1ª De 1905- 1920: destacan tres autores:**

Sir Francis Galton: primo de Charles Darwin y considerado como el padre de la Psicología diferencial. Aplicó los principios de Darwin para el estudio de las diferencias individuales. Pionero de la Teoría de eugenesia, es decir, la selección artificial del ser humano para mejorar la raza. Propuso el término de eugenesia en su libro de 1833 *Investigaciones sobre las facultades humanas y su desarrollo*. Preocupado además por la medición de la inteligencia, propuso la técnica conocida como el Método biométrico. Éste consiste en evaluar ciertas características físicas, como la fuerza con que se aprieta el puño, el tiempo de reacción refleja y la medida de la circunferencia del cráneo. Toda su obra giró en torno a su defensa de la importancia de la herencia sobre el ambiente.

Cattell: representante de la llamada escuela norteamericana en psicología. Ayudo a establecer la psicología como una ciencia legítima. Fue el introductor del término Test mental en 1890, y se dedicó al diseño y aplicación de diversas pruebas que medían tiempos de reacción, presión dinamométrica, memoria de las letras y discriminación sensorial, entre otras. Al mismo tiempo, defendió el carácter hereditario de las aptitudes intelectuales.

Alfred Binet: contribuidor esencial en el estudio de la psicometría y la psicología diferencial. Diseñador del Test de predicción del rendimiento escolar, que sentó las bases para el desarrollo de los sucesivos test de inteligencia. La finalidad de dicho test era identificar a escolares que requerían una atención especial. En 1903 publicó *Ètude experimentale de l´intelligence* en el que estable el concepto de Cociente Intelectual (más conocido como CI), resultado de la división de la Edad mental entre la Edad cronológica. A pesar de la innegable utilidad de su escala de inteligencia, fue criticado por su carácter genetista.

**2ª De 1920-1945:** es una etapa de expansión de las pruebas. En estas dos décadas, los tests son aplicados para predecir el futuro académico y de rendimiento de los estudiantes. Se plantean los principios de la psicometría, las líneas clínicas y proyectivas. David Wechsler desarrolló escalas de inteligencia que han llegado hasta nuestros días, a saber: La escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS) en 1939; La escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC) en 1949 y la Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) en 1967.

**3ª De 1940-1950:** es un momento de crisis para el estudio y desarrollo de los tests debido al pragmatismo empirista de la posguerra. El estudio de casos individuales se ve fomentado y se inicia el modelo funcional de la conducta.

**4ª Década de los 50:** se da una difusión de pruebas que miden aptitudes específicas.

**5ª De 1950-1960:** mejora la calidad de los instrumentos de medida y los tests. Aparecen limitaciones en la terminología de diagnóstico.

## 1.2 Tendencias actuales

Podemos distinguir tres corrientes más contemporáneas:

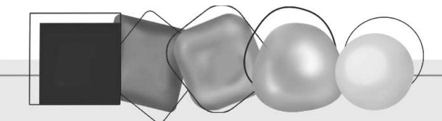
1. Tendencia ambientalista: se extiende la idea de que, para poder realizar un correcto diagnóstico, hay que considerar las variables ambientales ya que son importantes en el proceso evolutivo del sujeto, porque la conducta se predice dentro de un contexto o ambiente y porque podemos modificar la conducta del individuo modificando su ambiente.

2. Tendencia interaccionista: las características que presenta esta corriente son:

    - El organismo es activo.
    - La conducta está en función de la interrelación entre las características personales del individuo y las del ambiente que le rodea.
    - Para poder analizar una situación, hay que tener en cuenta la significación que ésta tiene para el individuo.

3. Tendencia cognitivista: la información es el núcleo central del cognitivismo. Ésta es codificada, almacenada y procesada. Según esta corriente, es necesario conocer las competencias de un sujeto para poder construir estrategias conductuales y cognitivas.

Siguiendo a Meyers, las tres tendencias anteriores han modificado el enfoque de diagnóstico que se tenía hasta entonces. De este modo, el diagnóstico habrá de tener siempre en cuenta el entorno. Así mismo, el funcionamiento cognitivo de un sujeto es el resultado de la interacción herencia-ambiente. Finalmente, en un diagnóstico se podrán emplear todos los modelos de diagnóstico, enfatizando en unos u otros dependiendo del caso en el que estemos trabajando.



# Capítulo 2: El diágnostico

## 2.1 Elementos que conforman el diagnóstico

Como he podido concluir en el capítulo anterior, no existe una definición única para el término diagnóstico. Aunque en un principio se abusó de este término relacionándolo con la enfermedad, desde una perspectiva puramente médica, actualmente contamos con diversas definiciones dentro del campo de la Psicopedagogía. Ahora bien, ¿qué elementos componen un diagnóstico? Desde nuestro ámbito profesional debemos conocer dichos elementos y manejarlos sin dificultad. Los componentes de todo diagnóstico pedagógico son los que presentamos a continuación:

1. **El sujeto**: aquí cabe preguntarse: ¿a quién vamos a diagnosticar? Independientemente de las características del sujeto (tales como edad o sexo), deberemos siempre tener en cuenta el entorno que lo circunda y en el cual se desenvuelve.

2. **El objeto**: es decir, ¿qué cuestiones vamos a tratar para llegar a un diagnóstico? Podemos interesarnos por aspectos muy diversos como: problemas, deficiencias, características personales, comportamientos, etc.

3. **La finalidad**: ¿Cuál es el objetivo del diagnóstico? ¿Por qué lo realizamos? Antes de realizar cualquier proceso diagnóstico, debemos tener presentes cuáles son nuestras metas pues, éstas nos irán guiando durante el proceso.

## 2.2 El proceso de diagnóstico y sus fases

A la hora de definir las fases de las que debe constar un diagnóstico, los diferentes autores exponen ideas diferentes. Por lo tanto, no podemos hablar de un proceso de diagnóstico unánime. Sin embargo, si tenemos en cuenta las diferentes ideas expuestas por los expertos, podemos deducir un proceso de diagnóstico de carácter más general y que va a sernos muy útil en nuestra labor profesional. Así, podemos distinguir cuatro fases:

1. <u>Fase de planificación</u>:

En primer lugar, debemos recoger toda la información posible relativa a nuestro sujeto de diagnóstico. Para ello, es posible utilizar diferentes fuentes como la familia, el propio sujeto, sus profesores y tutores, sus amigos, etc. Como métodos de recogida de información, podemos aplicar todos aquellos que consideremos oportunos para nuestro caso, a saber: entrevistas, cuestionarios, autoinformes u observaciones directas. Una vez concluida la recogida de datos, es importante ordenarlos para poder disponer de ellos cuando nos lo requiera el proceso.

Seguidamente, tendremos que definir cuál es la finalidad de nuestro diagnóstico. Dependiendo de ésta, podemos señalar diferentes tipos de diagnóstico:

a) Diagnóstico clasificatorio: en éste se buscan las causas que han producido los comportamientos o situaciones que han incitado al diagnóstico.

b) Diagnóstico preventivo: su objetivo es prevenir en el futuro conductas o situaciones indeseables, eligiendo entre diferentes alternativas.

c) Diagnóstico de reestructuración: se busca elaborar un plan alternativo para evitar comportamientos o situaciones indeseables en el futuro. Para ello, debemos conocer las causas de esos comportamientos e intervenir sobre ellos para lograr su modificación.

Para finalizar con esta primera fase, hemos de seleccionar las unidades de análisis que vamos a examinar. Éstas pueden ser: rasgos de personalidad, procesos cognitivos, competencia académica, aptitudes, inteligencia, etc. A su vez, será preciso seleccionar los instrumentos necesarios y adecuados que vamos a utilizar para poder evaluar las variables anteriores. Estos instrumentos deben cumplir una serie de criterios: deben servir para evaluar las variables seleccionadas, debe darse validez y fiabilidad en los datos y, los instrumentos deben aplicarse de forma programada.

2. <u>Fase de desarrollo:</u>

Una vez hemos planificado todos los aspectos comentados anteriormente, en esta fase deberemos desarrollar de manera ordenada y, siguiendo nuestro planteamiento, todas las acciones destinadas a obtener el diagnóstico. Es imprescindible para esta fase que determinemos cuál va a ser el modelo de desarrollo que queremos seguir. Este debe ser coherente con los presupuestos que hayamos establecido, facilitar la evaluación de las unidades de

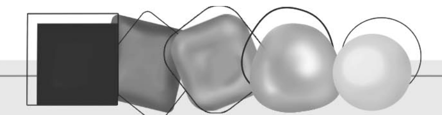
análisis y ser capaz de realizar predicciones de futuros resultados. Por otro lado, la elección del modelo de desarrollo dependerá de la finalidad de nuestro diagnóstico. De esta manera, podemos distinguir cuatro modelos básicos: el modelo tradicional, el modelo conductual, el modelo evolutivo y el modelo cognitivo.

3. <u>Fase de verificación</u>:

En esta tercera fase nuestro objetivo será comprobar que los resultados obtenidos en nuestra fase de desarrollo son acordes con aquello que dicta la teoría. Por ello, deberemos realizar una evaluación de nuestro proceso de diagnóstico para poder ir ajustándolo, en caso necesario, o rechazarlo, lo que implicaría tener que revisar todo el proceso desde sus inicios para encontrar qué puede habernos sesgado los resultados.

4. <u>Fase de informe</u>:

Por informe se entiende el documento en el que expondremos los resultados de nuestro diagnóstico y tratamiento o procedimiento utilizados. En todo informe deben figurar el autor, el sujeto, el objeto de estudio, el modelo elegido y los procedimientos y técnicas utilizados. A la hora de elabora nuestro informe, hemos de expresarnos en un lenguaje comprensible, sin realizar afirmaciones tajantes, seguir una estructura coherente para su adecuada interpretación y proponer posibles intervenciones, dependiendo siempre de los resultados obtenidos.



# Capítulo 3: El informe psicopedagógico

## 3.1 Características

¿Cuáles son las características que debe tener todo informe psicopedagógico para resultar útil y eficaz en nuestra labor profesional?

En primer lugar, todo informe psicopedagógico debe tener **carácter científico**, es decir, debe poder ser replicado y contrastado por otros profesionales y bajo las mismas circunstancias, obteniendo los mismos resultados.

Asimismo, el informe psicopedagógico es un **medio de comunicación** que va a transmitir una información determinada. Para evitar que el texto resulte ininteligible para las personas a las que va dirigido, éste debe estar redactado de manera comprensible, con un contenido adecuado para su destinatario. De nada servirá nuestro informe psicopedagógico si sólo nosotros somos capaces de entender qué queremos exponer, perdiendo así, su carácter comunicativo. Hay que entender que, todas las personas que tengan acceso a nuestro informe no son conocedoras de ciertos conceptos de tipo técnico que utilizamos en nuestra disciplina.

Finalmente, el informe psicopedagógico debe **ser útil,** es decir, debe responder a las demandas que originaron su redacción. En la práctica profesional, a todo informe le sucede una pregunta, una demanda de ayuda, ya sea por parte de los padres, los profesores u otros profesionales. Si los resultados y conclusiones de nuestro informe no tienen en cuenta sus objetivos iniciales, su elaboración habrá resultado inútil para la situación a la que debemos hacer frente.

## 3.2 Estructura del informe psicopedagógico

A la hora de redactar nuestro informe, una vez realizadas de manera satisfactoria las fases anteriores, nos suele surgir la siguiente pregunta: ¿Cómo logro organizar mi informe para que resulte coherente, de fácil comprensión y exprese todo aquello a lo que quiero hacer referencia? La respuesta no es unívoca; encontramos diferentes propuestas que derivan de diferentes autores. Ante esta situación, cada profesional, siguiendo sus experiencias previas, estructura el informe psicopedagógico de la manera que le haya resultado más útil. Sin embargo, sí considero necesario proponer una serie de puntos que deberían reflejarse en todo informe y que pueden servir de guión. Los aspectos que todo informe debe reflejar son los siguientes:

- Datos personales del profesional

- Datos personales del sujeto: deberemos reflejar el nombre, sexo, edad, nivel escolar, etc.

- Biografía del sujeto: en este apartado será necesario exponer la historia de nuestro sujeto, datos relevantes del pasado, cómo ha sido su desarrollo motor, cognitivo, emocional y social, cómo es el entorno donde se desenvuelve el sujeto, etc.

- Motivo y objetivos del informe: es muy importante exponer cuál es la demanda que nos pone en marcha para realizar nuestra evaluación e informe. Además, debemos proponernos una serie de objetivos que podremos contrastar con los resultados obtenidos para conocer la eficacia de nuestra labor.

- Técnicas y procedimientos: en este apartado deberemos detallar las técnicas y procedimientos utilizados durante la exploración del sujeto de estudio.

- Aspectos destacables durante la exploración: es interesante también, exponer en nuestro informe todas aquellas conductas y comportamientos que se hayan sucedido durante el proceso de exploración y que sean relevantes para nuestro objetivo. Se incluirán, por lo tanto, las conductas motoras, verbales o aquellas actitudes que presente el sujeto.

- Resultados e interpretación: se expondrán los resultados obtenidos a través de las diversas técnicas y procedimientos utilizados y su correspondiente interpretación. Para ello, además del lenguaje escrito, podremos utilizar tablas donde queden reflejados nuestros resultados y que faciliten la interpretación de los destinatarios de nuestro informe.

- Recomendaciones de intervención: una vez examinados todos los datos obtenidos, si procede, se darán unas recomendaciones de intervención a aplicar en nuestro sujeto.

# Capítulo 4: La observación como elemento fundamental del diagnóstico

## 4.1 Qué debemos observar

En el método científico, la observación es un elemento clave. Mediante la observación, podemos recoger gran cantidad de información que nos permita formular hipótesis o verificar o rechazar aquellas que hayamos propuesto. Pero, ¿somos todas las personas buenos observadores?  ¿Cuándo la observación pasa a ser mero "cotilleo" y se convierte en una observación científica? Dejando aparte las características personales de cada uno de nosotros, el buen observador debe ser entrenado  para no dejarse persuadir por los diferentes sesgos que pueden alterar el proceso de observación. En nuestra ciencia, realizamos observaciones sistemáticas, es decir, observaciones realizadas de manera voluntaria para percibir una determinada situación o realidad, registrarla, analizarlas y obtener, de dicho análisis, resultados significativos.

Entonces, ¿cuál puede ser el foco de nuestra observación? Vamos a señalar los niveles de análisis que se dan en Psicología:

- Especie: tanto la especie humana como otras especies no humanas.
- Cultura: latina, anglosajona, gitana, oriental, occidental, etc.
- Grupo: podemos observar a la familia, a un grupo, a la pandilla de amigos, a la comunidad de vecinos, al equipo de trabajo, etc.

- Díada: podemos observar la relación que mantiene una pareja, díada madre-hijo, díada hermano-hermana, díada mujer-esposo, díada jefe-subordinado, díada profesor-alumno, etc.

- Individuo: niños, adultos, estudiantes universitarios, trabajadores, etc.

- Proceso psicológico: memoria, personalidad, inteligencia, motivación, atención, capacidad de aprendizaje, resistencia a la frustración, otros.

- Componente psicológico: conductas, comportamientos, inconsciente, otros componentes.

Como podemos ver, existen multitud de unidades de análisis en observación, es decir, elementos del ambiente y del individuo y su interior que pueden ser observados y estudiados. En cada caso, seleccionaremos aquella unida o unidades de análisis que resulte más adecuada y coherente con los objetivos de nuestra observación y que nos permita llegar a nuestra meta.

## 4.2 Cómo debemos observar

Una vez hemos tomado conciencia y decidido qué queremos observar, podemos seguir adelante con nuestro proceso de observación. Pero, ¿cómo vamos a llevarla a cabo? Aquí se plantean también varios dilemas. Intentaremos presentar los diferentes modos de observación para que seamos capaces de decidirnos por el más adecuado en cada caso supuesto.

Es primordial  decidir cuál va a ser el grado en el que vamos a intervenir como observadores. Según este primer criterio, podemos realizar:

- Observación natural: esta observación se da cuando el observador no interviene en ningún momento, sino que actúa como un mero espectador de una determinada situación. Por ejemplo, podemos observar cómo se comporta un determinado alumno en el recreo, sin interferir en el curso de los acontecimientos; registrando nuestras anotaciones como si de una película se tratase.

- Experimento de campo: en esta modalidad, la situación de observación está estructurada, aunque se sigue realizando en el contexto natural del sujeto al que estudiamos. Supone crear dos situaciones distintas de observación de manera que, las diferencias que encontremos entre ambas puedan atribuirse a la causa objeto de nuestra investigación. A modo de ejemplificación; si queremos conocer si nuestro método de motivación y feedback a nuestros alumnos es efectivo, podemos observar dos situaciones: en una de ellas, se mandará a los alumnos unos problemas de matemáticas y se evaluará su rendimiento; en la otra, se motivará a los alumnos a realizar los problemas de matemáticas a cambio de unos caramelos y se evaluará su rendimiento. Si encontramos diferencias entre ambas situaciones, podremos inferir alguna conclusión y determinar si nuestro método de motivación es efectivo o no.

- Observación estructurada: hablaríamos del punto intermedio de las dos modalidades anteriores. No se realiza una observación totalmente natural pero, tampoco se llega a controlar dicha situación. Por ejemplo, podríamos observar cómo funciona la díada jefe- empleado, proponiendo alguna tarea a realizar. De esta manera, estructuramos en parte la situación para poder conocer aquellos aspectos que más nos interesan pero, los sujetos siguen en su contexto natural.

- Observación participante: es la última de las modalidades de observación y, como su nombre indica, supone que el observador pasa a formar parte de la situación de observación, participando en ella. Para entenderlo mejor; si queremos estudiar a la comunidad china en España, podemos integrarnos en ella y hacer las observaciones desde dentro y no como meros observadores externos.

## 4.3 Técnicas de registro

Ya hemos decidido qué y cómo observar. Antes de iniciar el proceso de observación propiamente dicho, seleccionaremos la técnica más adecuada donde anotar aquello que observamos. Vamos a presentar varias de ellas. Cada profesional, tendrá en cuenta las características de su investigación a la hora de decidir cómo registrar los datos.

En primer lugar, hablaremos de los **registros narrativos**. Consiste en anotar de manera escrita u oral (utilizando medios como grabadoras o vídeos) aquello que estamos observando. Registraremos todo aquello que veamos que nos resulte relevante para nuestro caso particular. Normalmente, esta técnica se utiliza como paso previo a la observación sistemática pues presenta varias fuentes de error: no atendemos a todas las conductas, no tenemos tiempo de anotarlas, dejamos pasar por alto aspectos relevantes mientras anotamos, etc. Por ello, aconsejamos su uso como medida de acercamiento a nuestra investigación pero no como única técnica de registro pues, como hemos visto, presenta serias deficiencias.

En segundo lugar encontramos los **catálogos de conducta**. Se trata de un listado de conductas bien especificadas, de manera que podamos registrar la frecuencia de aparición de éstas y algunos datos adicionales que consideremos de interés. Supone un menor esfuerzo en tiempo que la técnica anterior y nos da más tranquilidad para poder observar sin la distracción de anotar.

Continuamos con los **códigos de categorías**. En éstos se describen y clasifican una serie de conductas y se especifica cómo llevar a cabo la observación. Su inconveniente es que lleva mucho tiempo al investigador realizar estas clasificaciones. Sin embargo, presenta varias ventajas: nos permiten observar varias actividades en el mismo momento, podemos comparar las conductas observadas, hacen más sencilla la observación y, tienen un carácter más científico.

Encontramos también los **registros de productos de conducta**. Éstos pueden ser de muchos tipos. Se trata de situaciones artificiales en las cuales el observador propone algu-

na tarea a realizar por los sujetos de investigación. El evaluador puntuará después estas tareas siguiendo unos guiones o criterios de medida.

Finalmente, contamos con los **procedimientos automáticos de registro**, que nos van a facilitar la tarea de observar, limitando los sesgos que puedan darse de manera inconsciente en el observador.

## 4.4 Cómo planificar el proceso de observación

Como ya tenemos decididas todas las cuestiones anteriormente mencionadas, podremos comenzar con la observación propiamente dicha. En este apartado final de capítulo, propondremos los pasos a seguir para realizar una observación científica. Toma nota de ellos:

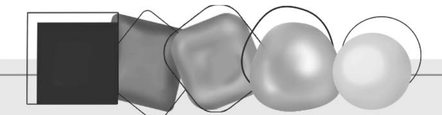
1. Plantear el objeto de nuestra observación. Para ello habremos respondido a la pregunta qué observar y tendremos claros los objetivos de nuestra observación.

2. Dedicaremos algunos momentos a una observación no sistemática que nos permita acercarnos a nuestra situación de observación y tomar algunas notas de carácter narrativo.

3. Decidiremos la técnica de registro a utilizar. Para ello, resultará muy interesante haber realizado el paso anterior pues conoceremos de antemano la situación a la que vamos a enfrentarnos.

4. Pasaremos a realizar la observación teniendo todas las cuestiones resueltas. Es posible, que durante este proceso, debamos realizar algunos cambios para adaptarnos a nuestro objeto de observación.

5. Analizaremos los resultados obtenidos y los interpretaremos con la intención de obtener alguna conclusión o respuesta a nuestro objetivo de investigación.



# Capítulo 5: Los autoinformes

## 5.1 Concepto

En algunas ocasiones, nuestra técnica de recogida de datos serán los autoinformes. Según palabras de Fernández Ballesteros y Márquez, "el autoinforme es un método de recogida de datos en el que la fuente de información es el mensaje verbal del sujeto sobre sí mismo". Este instrumento presenta un formato en el que las preguntas y las respuestas han sido estructuradas previamente. Los sujetos nos informan sobre sus respuestas motoras, fisiológicas, sus pensamientos o sentimientos ante ciertas circunstancias y la percepción que tienen de sus experiencias. Dado que nosotros, profesionales de la psicología y pedagogía, no podemos estar con el sujeto de intervención en todos los momentos de su quehacer diario, este instrumento nos permite conocer cómo vive, piensa, siente y percibe nuestro sujeto a lo largo de todo el día durante un periodo estipulado de tiempo. A pesar de su gran utilidad, deberemos contrastar los resultados obtenidos en los autoinformes con otro tipo de pruebas ya que, por sí sólo resulta insuficiente. Sin embargo, es un excelente instrumento para hacer una primera toma de contacto con el sujeto y la situación en la que vive y preocupa.

Entonces, ¿son todos los autoinformes iguales? La respuesta es NO. Cada sujeto y cada situación precisan de un autoinforme que se adapte a sus características y necesidades. De esta manera, si tenemos en cuenta el tiempo, es decir, cuándo tuvo lugar la situación sobre la que el sujeto nos informa, podemos hablar de tres modalidades de autoinforme: autoinformes retrospectivos (los datos que se nos aportan son de hechos sucedidos en un pasado próximo o lejano); autoinformes concurrentes (aquí estamos exponiendo una situación del presente) y autoinformes futuros (en cierto sentido son predictivos pues nos informen sobre situaciones a ocurrir en el futuro). Por otro lado, si atendemos como criterio al nivel de estructuración de las preguntas, podemos diferenciar: autoinformes con preguntas

estructuradas (las preguntas y posibilidades de respuesta están redactadas de tal manera que no deja margen de libertad al sujeto para responder nada que no sea lo prefijado); autoinformes con preguntas semiestructuradas (en este caso, el sujeto tiene cierto margen a la hora de responder a los diferentes ítems) y autoinformes con preguntas no estructuradas (su característica principal es que el sujeto tiene total libertad a la hora de responder a las cuestiones que se le proponen)

Finalmente, si tenemos en cuenta los tipos de respuesta del autoinforme, podemos optar por los siguientes: autoinformes de respuesta abierta (donde ante una pregunta, se da total libertad al sujeto para contestar de la manera que él prefiera o considere más adecuada. Debido a este mayor grado de libertad que aporta, es más fácil que el sujeto pueda detenerse en detalles con lo que obtendremos una información muy rica); autoinformes con respuestas dicotómicas (como su nombre indica, a cada ítem o pregunta, le corresponden sólo dos posibilidades de respuesta); autoinformes con alternativas de respuesta (en estos casos, a cada ítem le corresponde una serie de respuestas posibles cuyo número puede variar, aunque suele encontrarse en cuatro o cinco opciones de respuesta por pregunta); autoinformes con respuestas escalares (en este caso, ante un ítem, las posibilidades de respuesta son graduales) y autoinformes con puntuaciones ipsativas (aquí, el sujeto debe ordenar una serie de opciones de respuesta según el criterio de la pregunta).

## 5.2 Tipos de autoinforme

Conociendo ya el concepto de autoinforme y su clasificación según diferentes criterios, pasamos a presentar los distintos tipos de autoinformes con los que contamos a la hora de realizar nuestra labor profesional. Seguramente, habréis oído hablar de ellos alguna vez o incluso habréis estudiado algo sobre ellos. En este capítulo, intentaremos dar una visión amplia de los distintos tipos de autoinforme de manera que, nos resulten técnicas y conceptos familiares y podamos utilizarlos de la forma más adecuada. Veamos entonces, cuáles son estos tipos de autoinformes.

a.) <u>La entrevista</u>

En toda entrevista, se produce un encuentro personal entre dos personas (entrevistador y entrevistado), donde se da un intercambio de información tanto verbal como no verbal de manera bidireccional y en la que el entrevistador lleva las riendas, fijando tanto las preguntas como los objetivos de éstas.

En nuestra sociedad, el concepto de entrevista está muy extendido. Acudimos a entrevistas para optar a un puesto de trabajo, se realizan entrevistas a personajes ilustres o de actualidad, etc. En el caso que nos ocupa, hablaremos de entrevista dentro del campo de la Psicología y la Pedagogía, como instrumento para recoger gran cantidad de información.

La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales: abierta o cerrada. La primera se caracteriza por la libertad del entrevistador a la hora de realizar preguntas pues no está atado a

ningún guión o estructura prefijada. Realizará las preguntas que considere relevantes a medida que se va desarrollando la entrevista, pudiendo cambiar la dirección de ésta dependiendo de las respuestas dadas por el entrevistado. Por su parte, en la entrevista cerrada, las preguntas ya están definidas con anterioridad y el entrevistador debe ceñirse a su guión. De esta manera, podemos perder mucha información relevante al no poder redirigir la entrevista.

Esta técnica de recogida de datos presenta una serie de ventajas e inconvenientes. En lo que respecta a las ventajas, destacamos: la relación interpersonal que se establece entre entrevistador y entrevistado; nos permite obtener información muy rica y variada; es un instrumento flexible y nos permite observar la comunicación  no verbal que acompaña al lenguaje verbal. En cuanto a los inconvenientes, resaltan: la aparición de sesgos tanto en el entrevistador o el entrevistado que puedan interferir en la interpretación de las preguntas y respuestas dadas y, el coste elevado que supone con respecto a otras técnicas de recogida de información.

Como profesionales, cuando llega el momento de tener que realizar una entrevista, debemos conocer cuáles son los puntos o aspectos que no podemos olvidar incluir. Para ello y a modo de guión, exponemos los pasos a seguir a la hora de realizar una entrevista, a saber:

1. Preparar con anterioridad la entrevista que vamos a realizar: independientemente del tipo de entrevista que debamos realizar, es imprescindible que preparemos ciertos aspectos con anterioridad. Debemos conocer el tipo de sujeto a entrevistar, el tema del que nos va a hablar, los objetivos que perseguimos con esta entrevista y las pautas, más o menos estructuradas, de nuestra manera de conducir la entrevista. Sin atender a este primer paso, podemos llegar a la sesión sin idea alguna de qué hacer lo que puede afectar no sólo a la cantidad y calidad de la información a recoger sino a nuestra reputación como profesional si resulta evidente nuestra falta de información y preparación previa.

2. Presentación del entrevistador: la entrevista, puede ser para nuestro sujeto un momento de nerviosismo y ansiedad. Por ello, resulta muy conveniente “romper el hielo” con una presentación en la que indicaremos nuestro nombre, profesión y los objetivos de la sesión. Aseguraremos al entrevistado la confidencialidad de los datos que vamos a recoger y le explicaremos cuál es nuestra función y cómo desarrollaremos la entrevista. Tras este primer contacto, el entrevistado nos hablará del motivo de su consulta y de lo que persigue conseguir con nuestra labor. Es muy importante que ambos fijemos nuestros objetivos para poder trabajar de manera paralela y asegurar la implicación de nuestro sujeto.

3. Desarrollo de la entrevista: después de las presentaciones y una vez nuestro entrevistado se encuentra más cómodo y relajado, pasaremos a la entrevista en sí misma. En el desarrollo de ésta, debemos mantener una actitud de escucha, ser abiertos y espontáneos y mostrarnos amistosos con el entrevistado. El contenido de la entrevista variará según nuestros objetivos y motivo de consulta y, su estructura será la que hayamos prefijado en la primera fase. Ni que decir tiene que buscaremos obte-

ner la mayor cantidad de información posible, centrándonos en los aspectos relevantes y no adentrándonos mucho en aquellos que puedan despistarnos de nuestra meta.

4. Cierre de la entrevista: una vez hemos realizado las preguntas pertinentes, realizaremos un pequeño resumen o conclusión de todo lo que se ha sucedido durante la entrevista, buscando la colaboración del entrevistado. Asimismo, explicaremos cuáles van a ser los siguientes pasos a seguir de manera que nuestro sujeto sea consciente de aquello que pretendemos realizar. Si nos saltamos este último paso, es posible que el sujeto considere la entrevista como una pérdida de tiempo o algo inútil al no hacerle partícipe de las acciones a realizar en un futuro.

b.) Cuestionarios, inventarios y escalas:

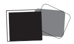
Este tipo de autoinforme se presenta de manera estructurada y en forma de lista secuenciada. Constan de una serie de preguntas que el sujeto debe responder, bien ordenando los diferentes elementos según determinados criterios o bien respondiendo según su grado de conformidad o disconformidad con lo expresado en la pregunta. Las respuestas en los cuestionarios están expresadas de manera dicotómica (por ejemplo: Si/No o Verdadero/Falso), en los cuestionarios de forma ordinal (por ejemplo: 1º, 2º, 3º, 4º), y en las escalas, la respuesta es ordinal o de intervalo (0=nunca, 1=casi nunca, 3=a veces, 4= casi siempre, 5=siempre). Este tipo de autoinforme es el más clásico y utilizado en psicología.

c.) Los autorregistros:

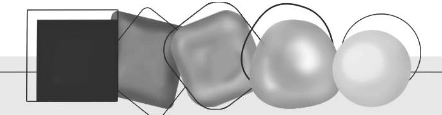
En este caso, hablamos de un tipo de autoinforme de carácter más abierto que el anterior. El sujeto debe anotar en un registro las conductas que realiza y que se consideran relevantes. El registro se puede realizar de manera simultánea a la ejecución de la conducta, seguidamente de su realización o de manera diferida. Es una técnica semiestructurada que es aplicada en los ambientes naturales del sujeto de nuestro caso. Este tipo de autoinforme resulta muy útil en aquellos casos en los que la conducta no puede ser observada de manera directa o cuando nos interesa saber qué ocurre antes de la conducta, su intensidad, su frecuencia y su duración. Es una herramienta muy económica pues sólo es necesario lápiz y papel y no caros aparatos de observación. El problema de los autorregistros es que es el propio sujeto quien debe realizar la tarea de anotar sus conductas por lo que podemos encontrarnos con fuentes de error derivadas de la falta de motivación del sujeto o el falseamiento en sus respuestas.

d.) El pensamiento en voz alta:

En esta técnica no estructurada, el sujeto va expresando en voz alta sus pensamientos a medida que los está pensando. Se utiliza fundamentalmente en situaciones de laboratorio controladas, donde buscamos conocer las conductas cognitivas no manifiestas. Su principal problema: la reactividad del sujeto que puede limitar las respuestas que nos quiere dar, no



obteniendo así la información completa. Distinguimos tres tipos de procedimientos a la hora de registrar los pensamientos en voz alta. En primer lugar, el monólogo continuo, donde se pide al sujeto que verbalice sus pensamientos y sentimientos a medida que realiza una tarea determinada por el evaluador. En segundo lugar, las muestras de pensamiento, donde el evaluador fija los intervalos de tiempo en los que va a ser registrada la conducta del sujeto y le pide que exprese de manera oral lo que piensa y siente en los momentos señalados. Finalmente, el registro de eventos, en el que el sujeto debe verbalizar sus pensamientos cuando son de interés para el evaluador.



# Capítulo 6: Las técnicas subjetivas

## 6.1 Concepto

Las técnicas subjetivas son herramientas de recogida de información cuya fuente de datos es el propio sujeto el que se autocalifica o califica a otras personas o conceptos de su entorno cercano. Es una técnica de tipo semiestructurado, es decir, el material no está totalmente predefinido, dejando libertad y siendo así flexible y adaptativo a cada caso y sujeto. Actualmente, estas técnicas se emplean en muchos campos de investigación en psicología. El problema que presenta es la posibilidad de que la información dada por el sujeto sea falsa ya que, su respuesta es de tipo voluntario. Una herramienta de evaluación falseada no es útil para nosotros como profesionales a la hora de realizar un diagnóstico. Sería como pedir a un médico que nos diese su diagnóstico, usando como herramienta las pruebas médicas de otro sujeto ajeno a nosotros. En los dos casos el resultado es el mismo: un diagnóstico no válido.

Por ello, es muy importante buscar siempre la motivación y participación del sujeto en las pruebas, pedirle sinceridad y exponerle la importancia que tiene la realización adecuada de las distintas herramientas diagnósticas para una futura intervención, en caso de que fuese necesario. Aquí se pone de manifiesto la necesidad de que exista una cierta complejidad entre profesional y sujeto o profesional y paciente, sin caer en un “coleguismo” que suponga una ruptura de los roles que deben ejercer los miembros de esta díada.

Dentro de las técnicas subjetivas, vamos a exponer en los próximos apartados aquellas más utilizadas en nuestro campo y que nos pueden servir como referente en nuestra labor profesional.

## 6.2 La clasificación-Q

Esta técnica subjetiva está basada en la metodología de Stephenson y consta de una serie de procedimientos a realizar cuya finalidad es recoger información sobre variables idiosincráticas del sujeto. El material no está preestablecido pues dependerá su estructura de los objetivos que persigamos en nuestra investigación diagnóstica.

Esta técnica consta de una muestra de adjetivos y descripciones sobre aspectos de personalidad que son significativas para el sujeto. Éste debe dar una puntuación a dicha muestra según se correspondan o describan en mayor o menor medida su personalidad y atributos. Se estructura en dos fases: la primera consiste en la extracción aleatoria de una muestra de rasgos o de enunciados referidos a ellos; en la segunda fase se pide al sujeto que ordene el conjunto de rasgos propuestos, colocándolos en un continuo que va desde los máximamente característicos hasta los mínimamente característicos de su personalidad.

Mediante esta herramienta, podemos conocer cuál es la visión que nuestro sujeto tiene sobre sí mismo, es decir, su autoconcepto. A partir de aquí podemos profundizar en cómo valora el sujeto su autoconcepto, trabajando así un tema tan importante como es la autoestima. De hecho, es reconocida la utilidad de esta técnica como estrategia exploratoria en el inicio de una investigación psicológica.

## 6.3 La técnica del diferencial semántico (DS)

La técnica que os presentamos a continuación fue elaborada por Charles Osgood, George Suci y Percy Tannenbaum en 1957. Su origen es la Teoría mediacional de Osgood, defensora de la existencia de procesos encubiertos que modulan las relaciones entre los estímulos y las respuestas. Se plantea que un concepto adquiere significado cuando un signo (palabra) puede provocar la respuesta que está asociada al objeto que representa. Esta técnica se desarrolla proponiendo al sujeto una lista de adjetivos que él ha de relacionar con los conceptos propuestos. Los adjetivos se presentan en forma bipolar (por ejemplo, el par "educado/maleducado") existiendo valores intermedios entre los extremos. El objetivo de esta técnica es analizar las variaciones que se producen en los procesos de mediación. Lo anterior nos permite investigar y conocer el significado que tienen, para un determinado sujeto, otras personas o concepto.

## 6.4 Test de constructos personales (REP)

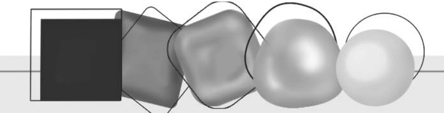
Test elaborado por George A. Kelly en 1955 que se utiliza para conocer cómo nuestro sujeto construye los diferentes roles interpersonales, lo que nos permite estudiar el lenguaje que utiliza el sujeto para referirse a su mundo interpersonal y establecer hipótesis clínicas sobre dichos constructos.

## 6.5 Las listas de adjetivos (LA)

Esta técnica consiste en la presentación de una lista de adjetivos a nuestro sujeto para que éste nos indique si dichos adjetivos le son aplicables a él o a otra persona.

Las respuestas del sujeto se recogen de manera numérica a través de unas escalas de puntuación predeterminadas.

La calificación obtenida por nuestro sujeto nos da información sobre sus rasgos psicológicos, su autoconcepto, además de ayudarnos a predecir alguna disfunción psicológica.



# Capítulo 6: Las técnicas subjetivas

## 7.1 Concepto

Las técnicas proyectivas son un conjunto de instrumentos considerados especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas. La base teórica de estas técnicas está en las teorías dinámicas de la personalidad. Los distintos tests proyectivos presentan estímulos de tipo ambiguo. Así, se entiende que la respuesta del sujeto, ante la presentación de dichos estímulos, expresa su modo personal de establecer contacto con la realidad interna y externa. El sujeto examinado proyecta sus necesidades, tensiones, deseos y emociones (su mundo emocional) además de sus concepciones privadas del mundo físico y social.

## 7.2 Tipos de técnicas proyectivas

Vamos a centrarnos en tres de estas herramientas proyectivas, a saber: Test de Rorschach, Tests gráficos y Test Philipson o de Relaciones Objetales.

- Test de Rorschach: es el instrumento objetivo para el diagnóstico más popular y poderoso que se conoce. Su aplicación proporciona una visión panorámica del funcionamiento de la personalidad del sujeto. Su aplicación es sencilla: se presenta una serie de 10 láminas de manchas a las que el sujeto debe dar una interpretación o significado. En la primera fase de aplicación de este test, el terapeuta realiza un registro literal de las respuestas, tiempo, expresiones emocionales y observación espontánea del sujeto. Esta primera fase termina con la realización de una encuesta. Mediante la integración de los diferentes resultados obtenidos y su interrelación en

un sumario estructural, así como la contrastación con una tabla normativa, podemos llegar a efectuar diferentes índices diagnósticos. Se puede aplicar desde los tres años de edad, de forma individual y también a colectivos con o sin instrucción académica. Para poder utilizar esta técnica, es necesario un entrenamiento y formación clínica y amplia sobre el test. Una mala utilización nos llevará a interpretaciones incorrectas y, con ello, a diagnósticos equivocados.

- Tests gráficos: son los instrumentos más adecuados para iniciar un examen psicológico. Esta herramienta presenta una serie de características y ventajas que presentamos a continuación:

  · Los ítems utilizados son familiares para todas las personas y pueden ser dibujados por sujetos de todas las edades.

  · Simplicidad y economía tanto en tiempo como en esfuerzo.

  · El tiempo total de la respuesta es corto lo que supone un gran ahorro de tiempo.

  · Ponen de manifiesto las capas más primitivas y profundas de la personalidad, los aspectos estructurales básicos, reflejan los aspectos más estables de la personalidad, los más difíciles de modificar y, por tanto, los últimos en experimentar transformaciones importantes.

  · La posibilidad de enmascaramiento y falseamiento por parte de sujeto, ya sea consciente o inconscientemente, es menor en relación con otras herramientas.

  · Son técnicas no influidas por la cultura pues no interfiere el lenguaje.

  · Traducen en qué estado se encuentra el “yo” del sujeto.

  · Cada uno de los tests gráficos ofrece un análisis de un tema específico.

  Se pide al sujeto que realice un dibujo (ya sea una persona, la familia, una casa, un árbol, etc.). El análisis que deberá realizar el terapeuta de los aspectos gráficos que presenta el dibujo, le aportarán indicadores sobre cómo se encuentra el sujeto. Los aspectos que examina el terapeuta en el dibujo son los siguientes:

  · Tamaño de las figuras del dibujo: nos permite conocer la autoestima del examinado. Si los dibujos son pequeños, se entiende que el sujeto se encuentra en un entorno con un alto nivel de presión. Entendemos que existe falta de interés o riesgo de descarga motora cuando el sujeto se sale de los bordes del papel.

  · Secuencia en la realización del dibujo: nos da índices de existencia de psicopatología.

  · Presión que ejerce en el trazo: inferiremos que hay un control de la conducta si los trazos son largos; impulsividad si son cortos; femeninos si predomina la redondez, etc.

- Detalles del dibujo: examinaremos si hay omisión de detalles, si el dibujo es muy rico en detalles, si se omiten rasgos esenciales, etc.

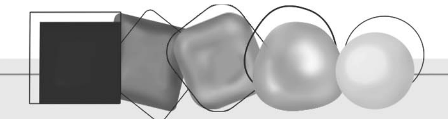
- Simetría del dibujo

- Emplazamiento de las figuras dentro del dibujo

Es imprescindible, a la hora de interpretar esta herramienta, tener en cuenta el nivel socio-económico y cultural del sujeto, su edad cronológica y su nivel madurativo. Muchos errores que pueden darse en la interpretación de estos tests obedecen al desconocimiento de los aspectos anteriores por parte del evaluador. Para aplicar e interpretar estos tests, es también imprescindible una adecuada formación. No nos hemos detenido en el significado de cada aspecto que podemos encontrar en el dibujo pues necesitaríamos un libro sólo para exponerlo. Pero sí hemos querido referenciar los elementos a los que se tiene en cuenta a la hora de interpretar.

- El test de Relaciones Objetales Philipson: se basa en el supuesto de que cada ser humano tiene unas modalidades típicas en cuanto a percepción, uso de sus recursos intelectuales, grado de compromiso con sus intereses específicos, etc., que se relacionan con sus patrones más arraigados en su relación con otras personas. Es una técnica de estimulación visual y producción verbal que nos permite explorar la capacidad del sujeto para establecer relaciones personales satisfactorias con otras personas. Describe cómo una persona percibe el mundo que le rodea y la forma de manejar las relaciones humanas en distintos tipos de situaciones con las que se enfrente. Consta de 13 láminas, divididas en tres series de cuatro, con una lámina en blanco. El sujeto deberá crear una historia con dichas láminas. El terapeuta deberá examinar: la percepción, la apercepción y el contenido verbal y estructura de la historia. El examen final permite al evaluador corroborar, entre otros aspectos: las características de los vínculos personales que establece el sujeto, la ansiedad y defensas predominantes, el conflicto y el método que el sujeto escoge para solucionarlo y las expectativas de pronóstico.

# SEGUNDA PARTE: INTERVENCIÓN



# Capítulo 8: Las dificultades de aprendizaje

## 8.1 Concepto de dificultad de aprendizaje

Cuando la escolarización se generalizó, los maestros y expertos en educación notaron diferencias entre los alumnos que asistían a un mismo nivel académico. Había alumnos que presentaban dificultades a la hora de aprender a leer, escribir o realizar ejercicios matemáticos.

Los padres y profesores se dieron cuenta de que era muy importante atender a este colectivo que llevaba un ritmo más lento en determinadas áreas del currículo escolar para que pudiesen llegar a ser ciudadanos válidos para la sociedad cuando llegara su momento de incorporarse al mundo laboral. Esta demanda de recursos fue tomando fuerza y, actualmente, en nuestro sistema educativo, estas dificultades a la hora de aprender se integran en el concepto de necesidades educativas especiales.

Encontrar una definición aceptada del término dificultad de aprendizaje ha resultado algo complejo pues, los diferentes autores, exponían sus definiciones atendiendo a su especialidad y puntos de vista. Así, por ejemplo, Ana Miranda, en 1986, describía este término como: "Un niño experimenta dificultades de aprendizaje cuando evidencia un impedimento neurológico o psicológico que le dificulta su actividad perceptiva, cognitiva, motora, social o la adquisición y adecuada utilización de la lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas. [...] la consecuencia es que el individuo no puede aprender siguiendo el proceso de instrucción normal implantado en el aula, sino que necesita una atención especialmente orientada".

Podemos decir entonces que, las dificultades de aprendizaje es un término general que se refiere a un grupo heterogéneo de alteraciones que se manifiestan en dificultades en la adquisición y uso de habilidades de escucha, lectura, escritura, habla, habilidades matemáticas o razonamiento.

¿Qué entiende nuestra Ley de Educación vigente sobre este término? ¿Qué respuestas da a las necesidades educativas especiales del alumnado con dificultades de aprendizaje? Según el artículo 73 de la LOE (Ley Orgánica de Educación), "se entiende por alumnado que presenta necesidades educativas especiales, aquel que requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta". Asimismo, en el capítulo 74 expone que "la escolarización del alumnado que presenta necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo, pudiendo introducirse medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas, cuando se considere necesario. La escolarización de este alumnado en unidades o centros de educación especial, que podrá extenderse hasta los veintiún años, sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios". Como podemos observar, nuestro sistema educativo actual tiene en cuenta a este tipo de alumnado y toma diferentes medidas para que su escolarización pueda darse en centros ordinarios y no en aquellos de educación especial de manera que, el alumnado con dificultades de aprendizaje se relacione con el resto de alumnos sin deficiencias. Esto supone una experiencia enriquecedora para ambas partes. De la Ley también se desprende que, sólo en los casos más graves en los que el alumno con deficiencias no pueda recibir la atención adecuada en un centro ordinario, deberá acudir a un centro de educación especial que cuenta con las medidas más aptas para su atención. En un principio y siguiendo los principios de normalización e integración, se intentará que estos alumnos puedan acudir a las mismas escuelas que sus compañeros que no presentan dificultades.

## 8.2 Origen de las dificultades de aprendizaje

La pregunta que quizás nos hacemos es: ¿Cuál es el origen de estas dificultades de aprendizaje? ¿Podemos hacer algo para evitarlas? Como se ha expuesto en el apartado anterior, un alumno presenta dificultades de aprendizaje cuando es incapaz de realizar de manera adecuada alguna o algunas actividades de tipo académico como leer, escribir, multiplicar, sumar o restar. Para poder realizar cada una de las tareas anteriores, el niño debe haber adquirido y desarrollado una serie de estrategias y de habilidades. El problema está cuando el niño no adquiere estas habilidades al ritmo que se esperaría según su edad cronológica o cuando sí llega a adquirir dichas habilidades pero no de manera lo suficientemente segura como para que lleguen a automatizarse. Debemos tener claro que cada niño tiene su propio ritmo de aprendizaje pero, seguramente nos preocupemos si nuestro hijo no sabe leer fluidamente y tiene ya 12 años, edad en la que todos sus compañeros han adquirido completamente la habilidad lectora. Es este el tipo de situaciones de las que vamos a hablar en profundidad en los próximos apartados para que podamos entender un poco mejor a ese grupo de niños o alumnos que presentan dificultades a la hora de aprender.

No podemos hablar de una única causa de las dificultades de aprendizaje, sino de orígenes muy diversos. De ahí la heterogeneidad de este tipo de problemas. Veamos, a continuación, cuáles son estas causas, dividiéndolas en varios grupos.

1. El origen de la dificultad de aprendizaje está en el propio sujeto: en este grupo, distinguimos los siguientes casos:

    a.) La herencia: los resultados de diversos estudios han puesto de manifiesto que algunos trastornos del lenguaje y de la lectura se daban tanto en los padres como en sus hijos. Asimismo, se ha identificado una alteración cromosómica relacionada con la existencia de miembros en la familia con dislexia. Por ello, se puede establecer que la herencia juega cierto papel en la aparición de dificultades de aprendizaje, pudiendo éstas transmitirse de padres a hijos.

    b.) Los déficits orgánicos: en ocasiones, el origen de una dificultad de aprendizaje se encuentra en alteraciones dadas en el sistema nervioso central (SNC) o en déficits orgánicos causados por factores tanto genéticos como ambientales.

    c.) Los déficits cognitivos: si seguimos las Teorías Cognitivistas del aprendizaje, entenderemos que la manera del ser humano de lograr aprender y conseguir nuevos conocimientos es mediante la construcción activa por parte del sujeto de una serie de estructuras de conocimiento. De esta manera, algunos autores defienden que el origen de las dificultades de aprendizaje podría estar en la existencia de anomalías perceptivas y/o motoras en el sujeto, de forma que éste sea incapaz de procesar adecuadamente la información que le llega del exterior y, por consiguiente, de construir estructuras de conocimiento válidas y eficaces.

        Otro grupo de investigadores, por su parte, destaca el papel tan importante que juega el lenguaje a la hora de adquirir aprendizajes académicos. Siguiendo esta línea, todo alumno que presente dificultades de aprendizaje en una o varias áreas curriculares, tendrá también problemas a la hora de adquirir palabras, componer oraciones y comprender adecuadamente un discurso tanto oral como en lenguaje escrito.

        Estudios también han dado relevancia a la memoria y a la atención como causas de las dificultades de aprendizaje. Como podemos ver, muchos procesos de tipo cognitivo están relacionados con la aparición de dificultades de aprendizaje en los alumnos.

    d.) Los problemas bioquímicos o alimenticios: a veces, el sistema nervioso central es lesionado por factores prenatales, perinatales y postnatales. Algunos expertos han defendido la hipótesis de que exista influencia de factores bioquímicos, como las alergias, o explicaciones orgánicas, como problemas tiroideos, disfunciones de la hipófisis o la hipoglucemia, que se asocien al desarrollo en el niño de dificultades en la adquisición de aprendizajes.

2. El origen de las dificultades de aprendizaje está en el ambiente que rodea al sujeto: en este segundo grupo, encontramos las siguientes explicaciones:

   a.) Las características del sistema educativo: podemos encontrar grandes diferencias en los recursos educativos con los que cuentan los sistemas de los diferentes países. Incluso dentro de nuestro país, no todos los niños gozan de las mismas oportunidades educativas ya que, en determinadas zonas, regiones o barrios, los recursos económicos, humanos o materiales son más limitados. Las malas condiciones del sistema educativo se asocian con un descenso en el rendimiento de los alumnos, lo que se refleja también en una mayor lentitud o precisión a la hora de adquirir las habilidades académicas básicas. Estos estudios han puesto en relieve la necesidad de mejorar las condiciones educativas de nuestros alumnos de manera que puedan desarrollar todo su potencial y, han dado paso a la introducción de la Psicología de la Educación como una disciplina que supone beneficios a nivel académico y que aporta modelos educativos que tienen en cuenta aspectos muy importantes del clima escolar que anteriormente apenas se trataban.

   b.) Las características socio-culturales y familiares: en nuestra actual sociedad en la que conviven diferentes culturas y status sociales, se hace evidente la relación entre grupos marginados o de un nivel socio-económico bajo o muy bajo y una mayor incidencia de casos de dificultades de aprendizaje. Es decir, un ambiente pobre en estímulos y experiencias educativas no permite un desarrollo completo del sujeto y sus habilidades. En estos casos, el origen de las dificultades de aprendizaje no se encuentra en los genes sino en el contexto en el que se desenvuelve el sujeto. El aspecto positivo de este segundo grupo de causas de problemas en el aprendizaje es que existe la posibilidad de dar una solución. Si se realizan intervenciones para reducir la influencia de los ambientes desfavorecidos sobre el desarrollo del niño y se le ofrecen experiencias variadas de aprendizaje, podremos reducir las diferencias encontradas en rendimiento académico en los distintos estratos sociales.

3. El origen de las dificultades de aprendizaje se encuentra en la interrelación entre las características del alumno y las características del ambiente:

Parece ser que, en muchas ocasiones, el sistema educativo es rígido y no se adapta a las necesidades y capacidades que posee cada alumno. De esta manera, aquellos alumnos que no se ven reflejados en este sistema, tienden a presentar una disminución de su rendimiento escolar y de su interés por todo lo académico. Las consecuencias más directas: los problemas de absentismo escolar y el abandono de los estudios sin llegar a titular en educación básica. Entonces, ¿qué podemos hacer ante esto? El sistema educativo debe flexibilizarse para atender a la totalidad del alumnado.

Según Hagen y Barclay, el rendimiento académico depende tanto de las características de la tarea a realizar como de las características y necesidades personales de cada alumno. Ambos autores distinguen cuatro maneras de responder frente a una tarea:

1. La manera de responder del alumno experto que posee los conocimientos, habilidades y estrategias necesarios para su realización y solución.

2. La manera que tiene de responder a la tarea el alumno que presenta un retraso madurativo que carece de los conocimientos necesarios para comprender dicha tarea.

3. La manera de responder del alumno con necesidades del aprendizaje que, aunque posee los conocimientos necesarios, no es capaz de aplicar la estrategia o habilidad necesaria.

4. La manera de responder del alumno con retraso mental que carece tanto de las estrategias y habilidades como de los conocimientos pertinentes.

## 8.3 Instrumentos de evaluación de las dificultades de aprendizaje

Ya conocemos la definición y el origen de las dificultades de aprendizaje; ahora toca preguntarnos: ¿Cómo puedo evaluar la existencia de dichas dificultades? ¿Qué instrumentos o herramientas tengo a mi disposición para llevar a cabo esta evaluación?

Siguiendo la Ley Orgánica de Educación (en adelante LOE):

- Todos los alumnos pueden necesitar en algún momento ayuda psicopedagógica para lograr un buen aprendizaje.

- Todos los alumnos tienen necesidades educativas.

- Algunos alumnos tienen necesidades educativas especiales. Estas necesidades pueden ser transitorias o permanentes.

Atendiendo a la actual ley de educación de nuestro país (LOE), todos los alumnos tienen sus características y necesidades personales y, por ello, la educación debe flexibilizarse con el fin de atender a todas sus demandas. Hay que tener clara la distinción entre necesidad educativa y necesidades educativas especiales. El primer concepto tiene que ver con todos los alumnos mientras que, el segundo, atiende sólo a aquellos alumnos que presentan dificultades en el aprendizaje, ya sea de manera transitoria o permanente e independientemente del origen de sus dificultades.

A continuación, pasamos a exponer un listado de baterías, tests y pruebas psicopedagógicas a aplicar en los distintos niveles de educación con la finalidad de conocer posibles dificultades en el desarrollo de las habilidades que puedan llegar a interferir en un adecuado rendimiento académico.

**<u>Instrumentos de evaluación en Educación Infantil</u>:**

La Educación Infantil es una etapa educativa que atiende a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 6 años, momento en el que comienza la educación obligatoria. Tiene por tanto, un carácter voluntario y su finalidad es facilitar el desarrollo físico, afectivo, intelectual y social de los niños. Para conseguir un mayor aprovechamiento de esta etapa educativa, es necesaria una estrecha relación familia-centro, que cooperarán en beneficio del niño.

El artículo 13 de la LOE que desarrolla los objetivos de la Educación Infantil, detalla lo siguiente: "La Educación Infantil contribuirá a desarrollar en los niños y niñas las capacidades que les permitan:

a) Conocer su propio cuerpo y el de los otros, sus posibilidades de acción y aprender a respetar las diferencias.

b) Observar y explorar su entorno familiar, natural y social.

c) Adquirir progresivamente autonomía en sus actividades habituales.

d) Desarrollar sus capacidades afectivas.

e) Relacionarse con los demás y adquirir progresivamente pautas elementales de convivencia y relación social, así como ejercitarse en la resolución pacífica de conflictos.

f) Desarrollar habilidades comunicativas en diferentes lenguajes y formas de expresión.

g) Iniciarse en las habilidades lógico-matemáticas, en la lecto-escritura y en el movimiento, el gesto y el ritmo".

Los instrumentos de valoración de capacidades psicomotrices, lingüísticas, de autonomía personal y social, entre otras, son los que presentamos a continuación. Conocer estas técnicas, su utilización e interpretación es indispensable para todo profesional de la Psicología y la Pedagogía que ejerza su labor en esta etapa de la vida del niño que transcurre entre los 0 y los 6 años.

1. <u>Baby Test</u>: test de Gesell y Brunet- Lèzine. Evalúa una serie de comportamientos que han sido baremados para cada edad. Estudia parámetros relacionados con conducta verbal, motriz, personal, social y adaptativa. Se pueden aplicar tanto al lactante como al bebé de corta edad. De su aplicación se obtiene una Edad de Desarrollo (ED) y un Coeficiente de Desarrollo (CD) que relaciona la edad de desarrollo con la edad real.

2 <u>Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WISC):</u> para niños entre cuatro y seis años. Consta de cinco subtests verbales (información, comprensión, semejanzas, vocabulario y aritmética; más uno suplementario: dígitos) y cinco subtests manipulativos (figuras incompletas, historietas, cubos, claves y rompecabezas; más uno suplementario: laberintos). Combinando el conjunto de los subtests de cada una de las escalas se obtiene una puntuación verbal y una manipulativa, cuya com-

binación da una nota global (CI). La normalidad está en las puntuaciones comprendidas entre 85-100. La fiabilidad de este test para niños es menor que la que se observa en las pruebas aplicadas a adultos.

3. AEI (Aptitudes en Educación Infantil): la aplicación de esta batería de tests puede resultarnos muy interesante y útil pues evalúa aspectos aptitudinales muy importantes para el aprendizaje en la Etapa de Educación Infantil y nos aportará referentes muy válidos para poder planificar acertadamente la posterior etapa de Educación Primaria. Esta batería diagnostica una serie de aspectos, a saber: aptitud verbal, cuantitativa, espacial y visomotricidad. Su aplicación puede ser individual o colectiva y se necesitan sólo 60 minutos para realizarlo.

4. Test Guestáltico Visomotor de Bender: de Lauretta Bender. Está inspirado en la Teoría de la Gestalt sobre las leyes de la percepción. Se trata de un test clínico con numerosas aplicaciones psicológicas y psiquiátricas. Ha demostrado poseer un gran valor en la exploración de la inteligencia infantil y en el diagnóstico de los diversos síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis. Es una prueba de aplicación individual con un tiempo de duración de 15-20 minutos y aplicable a partir de los 4 años de edad.

5. BASC (Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes): de C. R. Reynolds y R. W. Kamphaus. Es una de las pruebas más reconocidas internacionalmente para evaluar la conducta adaptativa e inadaptativa de niños y adolescentes, tanto en el campo escolar como en el clínico. Ofrece la posibilidad de recoger información tanto de los padres y profesores como del propio sujeto. Añade un sistema de observación del sujeto y un formato de historia clínica. Estos instrumentos pueden ser usados de modo conjunto o por separado. En un mismo instrumento se incluyen tanto la evaluación de los aspectos positivos (liderazgo, habilidades sociales, habilidades para el estudio, adaptabilidad, relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo) como los negativos (ansiedad, agresividad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, hiperactividad, retraimiento, búsqueda de sensaciones, problemas externalizados, problemas internalizados, depresión, problemas de conducta, somatización, actitud negativa hacia los padres, locus de control, estrés social, sentido de incapacidad). Incluye también escalas de validez y control. Se puede aplicar tanto individual como colectivamente. Aplicable desde los tres hasta los 18 años.

6. BAS-II (Escalas de Aptitudes Intelectuales): de Collin D. Elliot. Es una escala de aplicación individual que evalúa en profundidad la capacidad intelectual y las habilidades necesarias e importantes para el aprendizaje. Está dividida en dos etapas: la primera, ayuda al profesional a evaluar el aprendizaje y el desarrollo de los niños entre los dos años y medio y los 6 años; la segunda, está diseñada para evaluar las habilidades cognitivas y el rendimiento académico de los niños y los adolescentes. Los índices cognitivos principales incluyen una puntuación compuesta que refleja el

razonamiento y la capacidad intelectual global (GCI), puntuaciones generales que evalúan las aptitudes implicadas en el procesamiento de determinados tipos de información y puntuaciones escalares que cubren un amplio grado de aptitudes específicas. Además, a cada nivel de edad se incluyen escalas diagnósticas para los niños que presentan dificultades de aprendizaje. Las pruebas de rendimiento proporcionan información estandarizada sobre ortografía y aritmética.

7. Batelle (Inventario de Desarrollo): de J. Newborg y otros. Permite la evaluación de las habilidades fundamentales del niño en las distintas áreas del desarrollo y el diagnóstico de las posibles deficiencias o retrasos. Nos informa del nivel de desarrollo del niño y evalúa su progreso en cinco áreas diferentes: personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva. Está formado por más de 300 elementos y puede aplicarse en su forma completa o abreviada. Los procedimientos para obtener la información son de tres tipos: examen estructurado, observación (en clase o casa) e información (procedente de padres, tutores de aula y profesores). En los distintos elementos de cada una de las áreas se dan normas específicas para la aplicación a niños con diversas minusvalías.

8. BOEHM (Test de conceptos básicos): de A. E. Boehm. Mide el grado en que los niños conocen algunos conceptos que condicionan el aprendizaje escolar. Esta prueba incluye una serie de conceptos que se utilizan en el aula y que, en ocasiones, no son suficientemente conocidos por el niño, lo que dificulta su aprendizaje escolar. Los conceptos se refieren principalmente a espacio, cantidad y tiempo. Es una prueba de aplicación colectiva, sin tiempo limitado para su aplicación y dedicada a niños de 4 a 7 años de edad.

9. BSID (Escalas Bailey de Desarrollo Infantil): de N. Bailey. Consiste en una evaluación del desarrollo mental y psicomotor en edad temprana. La prueba consta de tres escalas diferenciales que contribuyen a evaluar el desarrollo del niño en los primeros dos años y medio de vida. La primera, Escala Mental, aprecia aspectos relacionados con el desarrollo cognitivo y la capacidad de comunicación. La Escala de Psicomotricidad evalúa el grado de coordinación corporal, así como las habilidades motrices finas en manos y dedos. Por último, el Registro del Comportamiento, permite analizar la naturaleza de las orientaciones sociales y objetivas hacia el entorno.

10. CMMS (Escala de madurez mental de Columbia): de B. B. Burgemeister, L.H. Blum e I. Lorge. Se ocupa de la evaluación de la capacidad mental y del grado de madurez intelectiva, preferentemente en niños con deficiencias motoras, cerebrales o verbales. Aprecia también posibles perturbaciones del pensamiento conceptual. Esta prueba fue construida dirigida especialmente a niños afectados por deficiencias cerebrales. Esté formada por cien láminas con dibujos que reproducen figuras geométricas, personas, animales, vegetales y objetos de la vida cotidiana. Su aplicación es individual. Su tiempo es variable, pudiéndose realizar en 20 o 30 minutos. Para alumnos entre 4 y 11 años.

11. <u>CUMANIN (Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil):</u> de J. A. Portellano, R. Mateos, R. Ramírez Arias, Mº J. Granados y A. Tapia. Es una prueba de "screening" del nivel de madurez neuropsicológica para niños. Permite evaluar, de forma sencilla, diversas áreas de gran importancia a la hora de detectar dificultades en el desarrollo, a saber: psicomotricidad, lenguaje, atención, estructuración espacial, visopercepción, memoria, estructuración rítmico-temporal y lateralidad. Es una prueba de aplicación individual, de una duración entre 30 y 50 minutos y aplicable de los 3 a los 6 años de edad.

12. <u>Currículo Carolina (Evaluación y Ejercicios para bebés y niños pequeños con necesidades especiales);</u> N. M. Johnson-Martín, K. G. Jeans, S. M. Attermeier y B. J. Hacker. Se ocupa de la valoración e intervención de niños, desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad, con limitaciones leves, moderadas o múltiples. Es una prueba de aplicación individual y tiempo variable. Consta de 26 secuencias lógicas que abarcan 5 áreas principales: cognición, comunicación, adaptación social, motricidad fina y motricidad gruesa. Permite la creación de programas, dependiendo de las necesidades específicas de cada niño; adaptar los ejercicios a los niños que tienen limitaciones visuales, auditivas o motrices e integrar las actividades en las rutinas de la vida cotidiana. Va dirigido a profesores del ámbito de la Educación Infantil, especialistas en Atención Temprana y terapeutas.

13. <u>MSCA (Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños):</u> de D. McCarthy. Evalúa el desarrollo cognitivo y psicomotor de niños de edades comprendidas entre los 2 años y medio y los 8 años y medio, de aplicación individual que se extiende entre 45 minutos y una hora. Mediante una serie de tareas de carácter lúdico, permite evaluar aspectos cognitivos y psicomotores del desarrollo del niño. La batería está integrada por 18 tests que valoran 5 escalas (verbal, perceptivo-manipulativa, cuantitativa, memoria y motricidad) además de un índice general cognitivo (GCI).

14. <u>PEP (Programa de Educación Psicomotriz):</u> de Mª V. De la Cruz y Mª C. Mazaira. Se trata de un programa de lecciones para potenciar el desarrollo de la psicomotricidad en las siguientes áreas: flexibilidad, tonicidad, agilidad, coordinación y equilibrio. El programa está dividido en tres fases: Desarrollo de la conciencia corporal, la imagen corporal y concepto corporal; Desarrollo de la orientación espacial y Desarrollo de la orientación temporal. Es de aplicación colectiva, de duración variable y dirigida a niños de 4 y 5 años.

15. <u>TOMAL (Test de Memoria y Aprendizaje):</u> de C. R. Reynolds y E.D. Bigler. Se trata de una batería estandarizada que evalúa memoria y aprendizaje en niños y adolescentes. De aplicación individual, requiere de 45 minutos para su realización y va dirigida a alumnos de edades comprendidas entre los 5 y los 19 años. Esta herramienta es de gran utilidad para detectar las disfunciones de la memoria que suelen acompañar a un amplio rango de trastornos neurológicos, psiquiátricos, traumatismos craneales, dificultades específicas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de

la alimentación, trastornos de la atención, depresión, etc. Está formado por 14 tests divididos en dos escalas: verbal y no verbal. Se obtienen tanto índices generales como otros más específicos de la memoria.

**Instrumentos de evaluación en Educación Primaria:**

La Educación Primaria es una etapa educativa que consta de seis cursos académicos que transcurren entre los 6 y los 12 años de edad. Es de carácter obligatorio y tiene como finalidad proporcionar a los alumnos una educación que les permita afianzar su desarrollo personal, adquirir conocimientos culturales básicos así como habilidades de lectura, escritura, cálculo. Asimismo, se trabajan las habilidades sociales y los hábitos de trabajo, la creatividad y la efectividad.

Siguiendo nuestra Ley educativa, en su artículo 17 encontramos los objetivos de esta etapa educativa. Dicho artículo dicta: "La Educación primaria contribuirá a desarrollar en los niños y niñas las capacidades que les permitan:

a) Conocer y apreciar los valores y las normas de convivencia, aprender a obrar de acuerdo con ellas, prepararse para el ejercicio activo de la ciudadanía y respetar los derechos humanos, así como el pluralismo propio de una sociedad democrática.

b) Desarrollar hábitos de trabajo individual y de equipo, de esfuerzo y responsabilidad en el estudio, así como actividades de confianza en sí mismo, sentido crítico, iniciativa personal, curiosidad, interés y creatividad en el aprendizaje.

c) Adquirir habilidades para la prevención y para la resolución pacífica de conflictos que les permitan desenvolverse con autonomía en el ámbito familiar y doméstico, así como en los grupos sociales con los que se relacionan.

d) Conocer, comprender y respetar las diferentes culturas y las diferencias entre las personas, la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres y la no discriminación de personas con discapacidad.

e) Conocer y utilizar de forma apropiada la lengua castellana y, si la hubiera, la lengua cooficial de la Comunidad Autónoma y desarrollar hábitos de lectura.

f) Adquirir en, al menos, una lengua extranjera la competencia comunicativa básica que les permita expresar y comprender mensajes sencillos y desenvolverse en situaciones cotidianas.

g) Desarrollar las competencias matemáticas básicas e iniciarse en la resolución de problemas que requieran la realización de operaciones elementales de cálculo, conocimientos geométricos y estimaciones, así como ser capaces de aplicarlos a las situaciones de su vida cotidiana.

h) Conocer y valorar su entorno natural, social y cultural, así como las posibilidades de acción y cuidado del mismo.

i) Iniciarse en la utilización para el aprendizaje de las tecnologías de la información y la comunicación, desarrollando un espíritu crítico ante los mensajes que reciben y elaboran.

j) Utilizar diferentes representaciones y expresiones artísticas e iniciarse en la construcción de propuestas visuales.

k) Valorar la higiene y salud, aceptar el propio cuerpo y el de otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social.

l) Conocer y valorar los animales más próximos al ser humano y adoptar modos de comportamiento que favorezcan su cuidado.

m) Desarrollar sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como una actitud contraria a la violencia, a los prejuicios de cualquier tipo y a los estereotipos sexistas.

n) Fomentar la educación vial y actitudes de respeto que incidan en la prevención de los accidentes de tráfico".

1. A-EP (Evaluación de la Autoestima en Educación Primaria): de R. Ramos, A. I. Giménez, M. A. Muñoz-Adell y E. Lapaz. Se trata de una sencilla prueba para evaluar la autoestima en alumnos de 4º a 6º de Primaria. Utiliza un lenguaje claro, ajustado a la edad de los alumnos. Incluye ilustraciones a todo color que acompañan a cada uno de los 17 elementos de los que consta la prueba. Su aplicación (tanto individual como colectiva, de una duración aproximada de 10-15 minutos) y su corrección resultan breves y sencillas. Es una herramienta muy adecuada para la detección de alumnos con baja autoestima.

2. BAPAE (Batería de Aptitudes para el Aprendizaje Escolar): de Mª V. de la Cruz. Prueba para la evaluación de: comprensión verbal, aptitud numérica y algunos aspectos de la aptitud perceptivo-visual en escolares. El empleo de esta batería facilita una primera evaluación de los aspectos aptitudinales (numérico, verbal y perceptivo) que se consideran importantes para el aprendizaje en las edades de 6 a 8 años. Las pruebas se presentan en un único cuadernillo donde los alumnos apuntan sus respuestas. De aplicación colectiva y duración variable, entre 30 o 40 minutos.

3. BASC (Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes): de C. R. Reynolds y R. W. Kamphaus. Es una de las pruebas más reconocidas internacionalmente para evaluar la conducta adaptativa e inadaptativa de niños y adolescentes, tanto en el campo escolar como en el clínico. Ofrece la posibilidad de recoger información tanto de los padres y profesores como del propio sujeto. Añade un sistema de observación del sujeto y un formato de historia clínica. Estos instrumentos pueden ser usados de modo conjunto o por separado. En un mismo instrumento se incluyen tanto la evaluación de los aspectos positivos (liderazgo, habilidades sociales, habilidades para el estudio, adaptabilidad, relaciones interpersonales, relacio-

nes con los padres, autoestima y confianza en sí mismo) como los negativos (ansiedad, agresividad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, hiperactividad, retraimiento, búsqueda de sensaciones, problemas externalizados, problemas internalizados, depresión, problemas de conducta, somatización, actitud negativa hacia los padres, locus de control, estrés social, sentido de incapacidad). Incluye también escalas de validez y control. Se puede aplicar tanto individual como colectivamente. Aplicable desde los tres hasta los 18 años.

4. BAS-II (Escalas de Aptitudes Intelectuales): de Collin D. Elliot. Es una escala de aplicación individual que evalúa en profundidad la capacidad intelectual y las habilidades necesarias e importantes para el aprendizaje. Está dividida en dos etapas: la primera, ayuda al profesional a evaluar el aprendizaje y el desarrollo de los niños entre los dos años y medio y los 6 años; la segunda, está diseñada para evaluar las habilidades cognitivas y el rendimiento académico de los niños y los adolescentes. Los índices cognitivos principales incluyen una puntuación compuesta que refleja el razonamiento y la capacidad intelectual global (GCI), puntuaciones generales que evalúan las aptitudes implicadas en el procesamiento de determinados tipos de información y puntuaciones escalares que cubren un amplio grado de aptitudes específicas. Además, a cada nivel de edad se incluyen escalas diagnósticas para los niños que presentan dificultades de aprendizaje. Las pruebas de rendimiento proporcionan información estandarizada sobre ortografía y aritmética.

5. Batelle (Inventario de Desarrollo): de J. Newborg y otros. Permite la evaluación de las habilidades fundamentales del niño en las distintas áreas del desarrollo y el diagnóstico de las posibles deficiencias o retrasos. Nos informa del nivel de desarrollo del niño y evalúa su progreso en cinco áreas diferentes: personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva. Está formado por más de 300 elementos y puede aplicarse en su forma completa o abreviada. Los procedimientos para obtener la información son de tres tipos: examen estructurado, observación (en clase o casa) e información (procedente de padres, tutores de aula y profesores). En los distintos elementos de cada una de las áreas se dan normas específicas para la aplicación a niños con diversas minusvalías.

6. BFQ-NA (Cuestionario "Big Five" de Personalidad para Niños y Adolescentes): de C. Barbaranelli, G. V. Caprara y A. Rabasca. Evalúa cinco dimensiones de la estructura de la personalidad. Estas cinco dimensiones son: conciencia (evalúa autonomía, orden, precisión y el cumplimiento de normas y compromisos), apertura (incluye elementos de aspectos intelectuales, creatividad e intereses culturales), extraversión (asertividad, entusiasmo, actividad y autoconfianza), amabilidad (preocupación y sensibilidad hacia los otros y sus necesidades) e inestabilidad emocional (ansiedad, depresión, descontento o ira). Es un cuestionario breve que puede ser cumplimentado por el niño o por los padres, tutores o profesores ya que, este instrumento permite que los elementos puedan ser formulados en tercera persona refiriéndose al niño. Aplicación individual y colectiva, de duración 30 minutos, para edades entre los 8 y los 15 años.

7. <u>CACIA (Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente):</u> de A. Capafóns y F. Silva. Permite la evaluación de procesos básicos y habilidades de autocontrol. Se trata de un cuestionario que está destinado a evaluar los procesos básicos y habilidades que, supuestamente, son necesarios para que se produzca un comportamiento autocontrolado. Considera dimensiones positivas (retroalimentación personal, retraso de la recompensa y autocontrol criterial), dimensiones negativas (autocontrol procesual), además de una escala de sinceridad. Es un cuestionario de aplicación colectiva. Su tiempo de aplicación es de 30/40 minutos, variable dependiendo de la edad. Para niños y adolescentes de 11 a 19 años de edad.

8. <u>CMMS (Escala de madurez mental de Columbia):</u> de B. B. Burgemeister, L.H. Blum e I. Lorge. Se ocupa de la evaluación de la capacidad mental y del grado de madurez intelectiva, preferentemente en niños con deficiencias motoras, cerebrales o verbales. Aprecia también posibles perturbaciones del pensamiento conceptual. Esta prueba fue construida dirigida especialmente a niños afectados por deficiencias cerebrales. Esté formada por cien láminas con dibujos que reproducen figuras geométricas, personas, animales, vegetales y objetos de la vida cotidiana. Su aplicación es individual. Su tiempo es variable, pudiéndose realizar en 20 o 30 minutos. Para alumnos entre 4 y 11 años.

9. <u>CSAT (Tarea de Atención Sostenida en la Infancia):</u> de M. Servera y J. Llabrés. Se utiliza para la evaluación de la atención sostenida en niños de 6 a 11 años. Se aplica de manera colectiva y su duración es breve (se aplica en aproximadamente 7 minutos). Los problemas de atención tienen gran importancia en los ámbitos escolar y clínico. Por ello, es necesario poseer herramientas que nos permitan diagnosticar los principales déficits atencionales y los problemas de aprendizaje. La tarea que se propone a los niños es muy sencilla: a través de un soporte informático, los niños deben presionar la barra espaciadora del teclado cada vez que aparece en la pantalla del ordenador un 3 después de un 6.

10. <u>D2 (Test de Atención):</u> de R. Brickenkamp y E. Zillmer. Evalúa la atención selectiva y la concentración. Su aplicación es tanto individual como colectiva. Se precisa de poco tiempo para utilizar esta prueba (unos 8-10 minutos) y se dirige a niños, a partir de 8 años, adolescentes y adultos. Mediante la realización de esta prueba, obtenemos una medida concisa de la velocidad de procesamiento, la atención selectiva y la concentración mental, mediante una tarea consistente en realizar una búsqueda selectiva de estímulos relevantes.

11. <u>DHAC (Desarrollo de las habilidades cognitivas: I Razonamiento abstracto y II Razonamiento verbal):</u> de Mª V. De la Cruz y Mª C. Mazaira. Prueba de aplicación colectiva o individual, aplicable a partir de los 10 años de edad. Consta de dos grandes apartados: primero, razonamiento abstracto, cuyo objetivo es mejorar los procesos de pensamiento por medio de ejercicios de fácil realización que, muestran los procedimientos adecuados para recoger, organizar e interpretar la información de forma sistemática; segundo, razonamiento verbal, que contiene ejercicios destina-

dos a desarrollar la aptitud verbal, enriquecer el vocabulario, facilitar la expresión y comprensión del lenguaje y establecer relaciones entre palabras.

12. ECL-1 y 2 (Evaluación de la Comprensión Lectora): de Mª V. De la Cruz. Supone una valoración de la comprensión lectora en escolares. De aplicación colectiva, esta prueba es breve (una media hora) y se dirige a niños de 6 y 8 años (ECL-1) y de 9 a 10 años (ECL-2). Aprecia la capacidad para captar el sentido de textos escritos de uso habitual y para analizar algunos aspectos sencillos propios de diferentes tipos de textos. Evalúa el conocimiento del significado de las palabras, de sinónimos y antónimos y también la comprensión del significado de frases y la capacidad para integrar la información contenida en un texto.

13. EDAH (Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad): de A. Farré y J. Narbona. Evalúa los déficits de atención cuando son causados por hiperactividad. Su finalidad es recoger información sobre la conducta habitual del niño. Para ello, ofrece un método estructurado de observación a llevar a cabo por el profesor, compuesto por 20 elementos que, después de ser analizados, se desglosan en una escala global y cuatro subescalas. Su aplicación es de tipo individual. Se requieren de 5 a 10 minutos para aplicarlo y está dirigido a niños de 6 a 12 años (de 1º a 6 de Educación Primaria).

14. HARRIS (Test de Dominancia Lateral): de A. J. Harris. Se dedica al estudio de la dominancia lateral (mano, pie, ojo). Es una prueba de aplicación individual. Para su realización se requieren de 10 a 15 minutos. Aplicable a partir de los 6 años de edad. Está formado por un conjunto de tests que resultan muy útiles para el examen de sujetos con problemas en lectura, escritura y ortografía.

15. MSCA (Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños): de D. McCarthy. Evalúa el desarrollo cognitivo y psicomotor de niños de edades comprendidas entre los 2 años y medio y los 8 años y medio, de aplicación individual que se extiende entre 45 minutos y una hora. Mediante una serie de tareas de carácter lúdico, permite evaluar aspectos cognitivos y psicomotores del desarrollo del niño. La batería está integrada por 18 tests que valoran 5 escalas (verbal, perceptivo-manipulativa, cuantitativa, memoria y motricidad) además de un índice general cognitivo (GCI).

16. TOMAL (Test de Memoria y Aprendizaje): de C. R. Reynolds y E.D. Bigler. Se trata de una batería estandarizada que evalúa memoria y aprendizaje en niños y adolescentes. De aplicación individual, requiere de 45 minutos para su realización y va dirigida a alumnos de edades comprendidas entre los 5 y los 19 años. Esta herramienta es de gran utilidad para detectar las disfunciones de la memoria que suelen acompañar a un amplio rango de trastornos neurológicos, psiquiátricos, traumatismos craneales, dificultades específicas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de la alimentación, trastornos de la atención, depresión, etc. Está formado por 14 tests divididos en dos escalas: verbal y no verbal. Se obtienen tanto índices generales como otros más específicos de la memoria.

**Instrumentos de evaluación en Educación Secundaria:**

La Educación Secundaria Obligatoria (también llamada E.S.O.), comprende cuatro cursos que se desarrollan entre los 12 y los 16 años de edad. Como indica su nombre, es de carácter obligatorio. Los alumnos que finalicen el último curso de esta etapa de manera satisfactoria, titularán y habrán finalizado la educación básica y obligatoria. Posteriormente, podrán elegir continuar estudiando, siguiendo diferentes itinerarios educativos, o introducirse de manera activa en el mercado laboral. Por ello, en esta etapa educativa, se presta atención especial a la orientación educativa y profesional del alumnado. El artículo 23 de la LOE que expone los objetivo de esta etapa, explica: “La Educación Secundaria Obligatoria contribuirá a desarrollar en los alumnos y las alumnas las capacidades que les permitan:

a) Asumir responsablemente sus deberes, conocer y ejercer sus derechos en el respeto a los demás, practicar la tolerancia, la cooperación y la solidaridad entre las personas y grupos, ejercitarse en el diálogo afianzando los derechos humanos como valores comunes de una sociedad plural y prepararse para el ejercicio de la ciudadanía democrática.

b) Desarrollar y consolidar hábitos de disciplina, estudio y trabajo individual y en equipo como condición necesaria para una realización eficaz de las tareas del aprendizaje y como medio de desarrollo personal.

c) Valorar y respetar las diferencias de sexos y la igualdad de derechos y oportunidades entre ellos. Rechazar los estereotipos que supongan discriminación entre hombres y mujeres.

d) Fortalecer sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como rechazar la violencia, los prejuicios de cualquier tipo, los comportamientos sexistas y resolver pacíficamente los conflictos.

e) Desarrollar destrezas básicas en la utilización de las fuentes de información para, con sentido crítico, adquirir nuevos conocimientos. Adquirir una preparación básica en el campo de las tecnologías, especialmente las de la información y la comunicación.

f) Concebir el conocimiento científico como un saber integrado, que se estructura en distintas disciplinas, así como conocer y aplicar los métodos para identificar los problemas en los diversos campos del conocimiento y de la experiencia.

g) Desarrollar el espíritu emprendedor y la confianza en sí mismo, la participación, el sentido crítico, la iniciativa personal y la capacidad para aprender a aprender, planificar, tomar decisiones y asumir responsabilidades.

h) Comprender y expresar con corrección, oralmente y por escrito, en la lengua castellana y, si la hubiere, en la lengua cooficial de la Comunidad Autónoma, textos y mensajes complejos e iniciarse en el conocimiento, la lectura y el estudio de la literatura.

i) Comprender y expresarse en una o más lenguas extranjeras de manera apropiada.

j) Conocer, valorar y respetar los aspectos básicos de la cultura y la historia propias y de los demás, así como el patrimonio artístico y cultural.

k) Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente, contribuyendo a su conservación y mejora.

l) Apreciar la creación artística y comprender el lenguaje de las distintas manifestaciones artísticas, utilizando diversos medios de expresión y representación.

1. <u>ACRA (Estrategias de Aprendizaje):</u> de J. Mª. Román y S. Gallego. Evalúa el uso, por parte de los estudiantes, de las estrategias cognitivas facilitadoras del aprendizaje escolar. El procesamiento de la información constituye la base del aprendizaje y, por ello, requiere la utilización de las estrategias cognitivas adecuadas. Para conocer el grado en que éstas son poseídas por los alumnos y cómo son utilizadas, este test cuenta con cuatro escalas (adquisición, codificación, recuperación y apoyo) que pueden ser aplicadas y valoradas de manera independiente. Sus resultados nos permiten informar, diagnosticar y orientar a los alumnos o llevar a cabo trabajos de investigación experimental y correlacional. Se puede aplicar individualmente o de manera colectiva. Su tiempo de aplicación es variable: aproximadamente 50 minutos para la prueba completa, que puede ser fraccionada. Se aplica a alumnos entre 12 y 16 años, lo que la convierte en una prueba especialmente útil en la enseñanza secundaria.

2. <u>AECS (Actitudes y Estrategias Cognitivas Sociales):</u> de M. Moraleda, A. González Galán y J. García Gallo. Evalúa nueve actitudes y diez estrategias de procesamiento social en adolescentes. Este instrumento nos permite valorar, con un alto grado de detalle, los componentes actitudinales y cognitivos de los adolescentes en sus relaciones sociales. Se trata de un cuestionario de aplicación colectiva, de una duración de 45 minutos, para alumnos entre los 12 y 17 años.

3. <u>BASC (Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes):</u> de C. R. Reynolds y R. W. Kamphaus. Es una de las pruebas más reconocidas internacionalmente para evaluar la conducta adaptativa e inadaptativa de niños y adolescentes, tanto en el campo escolar como en el clínico. Ofrece la posibilidad de recoger información tanto de los padres y profesores como del propio sujeto. Añade un sistema de observación del sujeto y un formato de historia clínica. Estos instrumentos pueden ser usados de modo conjunto o por separado. En un mismo instrumento se incluyen tanto la evaluación de los aspectos positivos (liderazgo, habilidades sociales, habilidades para el estudio, adaptabilidad, relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima y confianza en sí mismo) como los negativos (ansiedad, agresividad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, hiperactividad, retraimiento, búsqueda de sensaciones, problemas externalizados, problemas inter-

nalizados, depresión, problemas de conducta, somatización, actitud negativa hacia los padres, locus de control, estrés social, sentido de incapacidad). Incluye también escalas de validez y control. Se puede aplicar tanto individual como colectivamente. Aplicable desde los tres hasta los 18 años.

4. BAS-II (Escalas de Aptitudes Intelectuales): de Collin D. Elliot. Es una escala de aplicación individual que evalúa en profundidad la capacidad intelectual y las habilidades necesarias e importantes para el aprendizaje. Está dividida en dos etapas: la primera, ayuda al profesional a evaluar el aprendizaje y el desarrollo de los niños entre los dos años y medio y los 6 años; la segunda, está diseñada para evaluar las habilidades cognitivas y el rendimiento académico de los niños y los adolescentes. Los índices cognitivos principales incluyen una puntuación compuesta que refleja el razonamiento y la capacidad intelectual global (GCI), puntuaciones generales que evalúan las aptitudes implicadas en el procesamiento de determinados tipos de información y puntuaciones escalares que cubren un amplio grado de aptitudes específicas. Además, a cada nivel de edad se incluyen escalas diagnósticas para los niños que presentan dificultades de aprendizaje. Las pruebas de rendimiento proporcionan información estandarizada sobre ortografía y aritmética.

5. BFQ-NA (Cuestionario "Big Five" de Personalidad para Niños y Adolescentes): de C. Barbaranelli, G. V. Caprara y A. Rabasca. Evalúa cinco dimensiones de la estructura de la personalidad. Estas cinco dimensiones son: conciencia (evalúa autonomía, orden, precisión y el cumplimiento de normas y compromisos), apertura (incluye elementos de aspectos intelectuales, creatividad e intereses culturales), extraversión (asertividad, entusiasmo, actividad y autoconfianza), amabilidad (preocupación y sensibilidad hacia los otros y sus necesidades) e inestabilidad emocional (ansiedad, depresión, descontento o ira). Es un cuestionario breve que puede ser cumplimentado por el niño o por los padres, tutores o profesores ya que, este instrumento permite que los elementos puedan ser formulados en tercera persona refiriéndose al niño. Aplicación individual y colectiva, de duración 30 minutos, para edades entre los 8 y los 15 años.

6. CACIA (Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente): de A. Capafóns y F. Silva. Permite la evaluación de procesos básicos y habilidades de autocontrol. Se trata de un cuestionario que está destinado a evaluar los procesos básicos y habilidades que, supuestamente, son necesarios para que se produzca un comportamiento autocontrolado. Considera dimensiones positivas (retroalimentación personal, retraso de la recompensa y autocontrol criterial), dimensiones negativas (autocontrol procesual), además de una escala de sinceridad. Es un cuestionario de aplicación colectiva. Su tiempo de aplicación es de 30/40 minutos, variable dependiendo de la edad. Para niños y adolescentes de 11 a 19 años de edad.

7. CEA (Cuestionario de Estrategias de Aprendizaje): de J. A. Beltrán, L. Pérez y M.I. Ortega. Evalúa las principales estrategias de aprendizaje utilizadas por los estudiantes. Este cuestionario parte de un completo modelo del funcionamiento mental para

estudiar las diferentes estrategias que los estudiantes pueden poner en juego en el proceso de aprendizaje. La prueba evalúa cuatro grandes escalas (sensibilización, elaboración, personalización y metacognición) y once subescalas (motivación, actitudes, afectividad-control emocional, selección de información, organización de la información, elaboración de la información, pensamiento creativo y crítico, recuperación de la información, transferencia, planificación, evaluación y regulación). Su aplicación es colectiva, de una duración de entre 30 y 40 minutos y para alumnos de 1º a 4º de E.S.O.

8. <u>CHTE (Cuestionario de hábitos y técnicas de estudio):</u> de M. Álvarez, R. Fernández. Evalúa algunos aspectos de los hábitos y técnicas de estudio. Aprecia algunos aspectos que, directa o indirectamente, inciden a la hora de realizar un estudio eficaz. Se examinan tres áreas: condiciones físicas y ambientales, planificación y estructuración del tiempo y conocimiento de las técnicas básicas. Se trata de una prueba de aplicación colectiva, de una duración de unos 30 minutos y dirigido a chicos y chicas de entre 11 y 17 años.

9. <u>D2 (Test de Atención):</u> de R. Brickenkamp y E. Zillmer. Evalúa la atención selectiva y la concentración. Su aplicación es tanto individual como colectiva. Se precisa de poco tiempo para utilizar esta prueba (unos 8-10 minutos) y se dirige a niños, a partir de 8 años, adolescentes y adultos. Mediante la realización de esta prueba, obtenemos una medida concisa de la velocidad de procesamiento, la atención selectiva y la concentración mental, mediante una tarea consistente en realizar una búsqueda selectiva de estímulos relevantes.

10. <u>DHAC (Desarrollo de las habilidades cognitivas: I Razonamiento abstracto y II Razonamiento verbal):</u> de Mª V. De la Cruz y Mª C. Mazaira. Prueba de aplicación colectiva o individual, aplicable a partir de los 10 años de edad. Consta de dos grandes apartados: primero, razonamiento abstracto, cuyo objetivo es mejorar los procesos de pensamiento por medio de ejercicios de fácil realización que, muestran los procedimientos adecuados para recoger, organizar e interpretar la información de forma sistemática; segundo, razonamiento verbal, que contiene ejercicios destinados a desarrollar la aptitud verbal, enriquecer el vocabulario, facilitar la expresión y comprensión del lenguaje y establecer relaciones entre palabras.

11. <u>TOMAL (Test de Memoria y Aprendizaje):</u> de C. R. Reynolds y E.D. Bigler. Se trata de una batería estandarizada que evalúa memoria y aprendizaje en niños y adolescentes. De aplicación individual, requiere de 45 minutos para su realización y va dirigida a alumnos de edades comprendidas entre los 5 y los 19 años. Esta herramienta es de gran utilidad para detectar las disfunciones de la memoria que suelen acompañar a un amplio rango de trastornos neurológicos, psiquiátricos, traumatismos craneales, dificultades específicas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de la alimentación, trastornos de la atención, depresión, etc. Está formado por 14 tests divididos en dos escalas: verbal y no verbal. Se obtienen tanto índices generales como otros más específicos de la memoria.

# Capítulo 9: Intervención en las dificultades de aprendizaje

## 9.1. Alumnado con discapacidad motórica

En primer lugar y antes de comenzar a hablar sobre la discapacidad motórica, consideramos fundamental hacer una breve reseña sobre el desarrollo motor en un niño sano. Conociendo las diferentes etapas por las que pasa un niño hasta su desarrollo motor completo, podremos también detectar anomalías que nos puedan hacer sospechar de una alteración y poderla diagnosticar y tratar de manera precoz.

Cuando nace, el bebé posee ya todas las fibras musculares pero sin desarrollar. El desarrollo motor sigue dos leyes básicas: la ley céfalo- caudal (según la cual el desarrollo comienza por la cabeza y se va extendiendo hasta llegar a las extremidades inferiores) y la ley próximo-distal (que defiende que el desarrollo sigue una dirección que va de las zonas más cercanas al tronco a las más alejadas a éste). De esta manera, el bebé primero tendrá control de los movimientos de la cabeza, avanzando este control hacia los brazos, las manos, el abdomen, las piernas y los pies.

Desde su nacimiento, el bebé ya es capaz de mover la cabeza de un lado al otro. Sobre los dos meses, ya comienza a levantar la cabeza, los hombros y el pecho, pero no pueden mantenerse sentados. Es a partir de los 3/4 meses cuando el bebé es capaz de quedarse sentado, siempre que sea con la ayuda de otra persona, y comienza a mantener la cabeza de manera erguida. A la edad de 7 u 8 meses, el bebé ya es capaz de mantenerse sentado por sí solo, sin ayuda del adulto. Con 10 meses el bebé gatea apoyándose en sus manos y rodillas. Al final de su primer año de edad, es ya capaz de caminar ayudado por otra persona que le coge de la mano

hasta que, dos o tres meses más tarde logre hacerlo por sí mismo. Sobre los 18 meses el niño ya sabe subir las escaleras y bajarlas sin necesidad de ayuda.

Las edades expuestas en el párrafo anterior son orientativas. Con ello, queremos explicar que pueden darse pequeñas variaciones en los rangos de edad dependiendo del niño y de la influencia del medio. Muchos estudios muestran que las conductas motoras se pueden adquirir más tempranamente si se entrena al niño para ello. Con esto, no queremos decir que con duro entrenamiento podamos hacer que camine un bebé de tres meses pues, debe quedar claro que, el desarrollo motor es paralelo al desarrollo del cerebro de forma que, aquellas funciones para las cuales no esté preparado el niño, no se desarrollarán.

Una vez conocemos el desarrollo motor de los niños y niñas que no presentan problemas, nos adentraremos en la explicación de deficiencia motórica. Se entiende por alumno con discapacidad motórica aquel que presenta alguna alteración motriz, transitoria o permanente, debido a un mal funcionamiento del sistema óseoarticular, muscular y/o nervioso, y que, en grado variable, supone ciertas limitaciones a la hora de enfrentarse a algunas de las actividades propias de su vida cotidiana.

Las alteraciones en el sistema óseoarticular incluyen malformaciones que afectan a huesos y articulaciones, tanto de origen congénito como adquirido. Cuando el nivel de afectación es muscular, nos referimos entonces a las miopatías, es decir, alteraciones en la musculatura esquelética, de carácter congénito y caracterizadas por un debilitamiento y degeneración progresiva de los músculos. Otro tipo de lesiones pueden ser producidas por un inadecuado funcionamiento del sistema central. Otras alteraciones son debidas a infecciones víricas (poliomielitis anterior aguda; más conocida como la polio). Finalmente, nos encontramos malformaciones congénitas producidas en el embrión en el momento de formación de la columna vertebral y médula espinal. La espina bífida pertenece a este último grupo d enfermedades a nivel locomotor.

Como hemos dicho, estas alteraciones son de grado variable, dependiendo de su extensión, localización, origen e importancia funcional de la zona afectada. Realizaremos entonces una clasificación de dichas alteraciones, teniendo en cuenta una serie de criterios.

- Según la intensidad: podemos clasificarlas en:
    - Leves: cuando la intensidad de la afectación es leve, la autonomía del niño es prácticamente total, teniendo capacidad para hablar y caminar.
    - Moderadas: en los casos de intensidad moderada ya podemos encontrarnos dificultades a la hora de hablar y caminar, pudiendo el niño necesitar algún tipo de asistencia o apoyo.
    - Graves: con un grado de intensidad grave en la alteración, la autonomía del niño es casi nula, no puede caminar y presenta severos problemas a la hora de comunicarse verbalmente.

- Según la localización de la afectación: podemos clasificarlas en:

  · Monoplejia o monoparesia: en estos casos, se ve afectado un único miembro, ya sea su localización inferior o superior.

  · Hemiplejia o hemiparesia: esta lesión afecta a una de las dos mitades laterales del cuerpo del niño, ya sea la mitad derecha o la mitad izquierda.

  · Paraplejia o parapesia: en este tipo de lesión, sólo están afectados los miembros inferiores.

  · Tetraplejia o tetraparesia: es la situación más grave pues se ven afectados todos los miembros tanto superiores como inferiores. En este caso, la movilidad es casi nula.

- Según la existencia o no de afectación cerebral: según este criterio encontramos dos grupos:

  · Trastornos motóricos sin afectación cerebral: a modo de ejemplo encontramos la Espina bífida, de la que hablaremos más detalladamente en apartados siguientes.

  · Trastornos motóricos con afectación cerebral: como ejemplo señalamos la Parálisis cerebral.

- Según el nivel de afectación de la tonicidad muscular: siguiendo este último criterio, encontramos:

  · Espasticidad: se da una lesión en el sistema encargado de los movimientos voluntarios, a saber, el sistema piramidal. Como consecuencia, se pierden los movimientos voluntarios y se produce un aumento del tono muscular de manera que, al niño le resulta muy dificultoso realizar cualquier movimiento.

  · Atetosis: caracterizada por la presencia de movimientos irregulares, lentos y espontáneos. Puede localizarse solamente en las extremidades o extenderse por todo el cuerpo. Como consecuencia, los movimientos realizados por el niño son de tipo espasmódico y sin control.

  · Ataxia: la ataxia es un trastorno que afecta a la coordinación y a la estática. Los niños con este problema presentan falta de equilibrio, un mal control de la cabeza, tronco y extremidades y un movimiento lento y desequilibrado.

Asociadas la las limitaciones de las alteraciones en el aparato locomotor, pueden presentarse otros trastornos que dificultan aún más el desarrollo del niño. Podemos hablar de alteraciones sensoriales, perceptivas, lingüísticas, de la función de eliminación y socio-afectivas.

En lo que respecta a las dificultades sensoriales, podemos observar la pérdida o disminución de la audición, pérdida de agudeza visual, restricción del campo visual y pérdidas totales o parciales del sentido del tacto,

Dentro de las alteraciones de la percepción, destacaremos las siguientes: dificultad para distinguir entre figura y fondo, problemas en la coordinación visomotora y a la hora de percibir la posición corporal en el espacio.

Como hemos dicho, la función de eliminación también puede verse alterada, ya sea por una falta de entrenamiento, por los problemas de movilidad del niño que le impiden acudir al baño por sí solo cuando lo necesita, por ser incapaz el niño de expresar oralmente sus necesidades o por la falta de inervación de los músculos que intervienen en la micción y defecación.

En algunos niños con discapacidad motórica se observan también problemas de tipo emocional. Suelen manifestar ansiedad, baja autoestima, falta de motivación, inatención y pasividad. A esto hay que unirle que, las bajas expectativas de los padres y profesores en estos niños, les llevan a conductas de sobreprotección que no hacen ningún favor al afectado.

Las deficiencias motóricas son un grupo muy amplio y heterogéneo así que, vamos a detenernos en aquellas que aparecen más comúnmente en nuestras escuelas y que van a requerir ciertas adaptaciones en distintos elementos de éstas últimas. Desarrollaremos tres alteraciones por su mayor incidencia: la parálisis cerebral, la distrofia muscular y la espina bífida.

La parálisis cerebral:

"La parálisis cerebral es un trastorno persistente del movimiento y de la postura, causado por una lesión no evolutiva del sistema nervioso central durante el periodo temprano del desarrollo cerebral, limitado, en general, a los tres primeros años de vida". (Eicher y Batshaw, 1993).

Realizar un diagnóstico de esta enfermedad a una edad temprana es de suma importancia aunque, a veces, no se reconoce la enfermedad hasta etapas posteriores. ¿Cuáles son entonces las causas de este trastorno? ¿Es posible evitarlo? ¿En qué momento se produce esta lesión? Podemos señalar una serie de factores etiológicos en diferentes momentos del desarrollo del sujeto que predisponen al desarrollo de esta enfermedad. Veamos cuáles son:

* En el periodo prenatal: en esta etapa de desarrollo, encontramos los siguientes factores:

    - Enfermedades infecciosas en la madre durante los tres primeros meses de gestación: rubeola, sarampión, varicela, etc.

    - Enfermedades de tipo metabólico: diabetes, fenilcetonuria, galactosemia, etc.

    - Hemorragia cerebral fetal

    - Enfermedad hemolítica del recién nacido: también conocida como Incompatibilidad del Rh. Afortunadamente, esta enfermedad ha sido erradicada en los países desarrollados pues existe un tratamiento preventivo. Esta incompatibilidad se da en niños con Rh positivo nacidos de madres con Rh negativo que han sido previamente sensibilizadas.

- Intoxicaciones fecales por rayos X
- Parto prematuro
- Hemorragia intraventricular

* En el periodo natal y perinatal encontramos los siguientes factores a tener en cuenta:
  - Anoxia neonatal por traumatismo físico directo durante el parto
  - Las lesiones hipóxico-isquémicas
  - La isquemia cerebral: es decir, un a disminución del flujo sanguíneo en el cerebro.
* En el periodo postnatal distinguimos los siguientes factores:
  - Las infecciones
  - Las intoxicaciones
  - Los traumatismos

La distrofia muscular:

Como su nombre indica, se trata de una enfermedad que destruye los músculos de manera progresiva, de manera que queda limitada la movilidad de la persona y se debilita su sistema muscular respiratorio.

La distrofia muscular se caracteriza por un deterioro progresivo de las fibras musculares debido a la falta de una proteína: la distrofina. Esta enfermedad se debe normalmente a un problema genético.

Se han realizado diferentes estudios en niños con distrofia muscular, presentándose como sus rasgos más acusados los siguientes:

- Labilidad emocional.
- Problemas a la hora de percibir los sentimientos de los demás.
- Ansiedad que lleva aparejada una inseguridad, sobre todo en situaciones de grupo.
- Dependencia y pasividad.
- Repliegue sobre sí mismo.
- Refugio excesivo en la fantasía.

Según el orden de aparición de los síntomas, podemos clasificar las siguientes formas clínicas en esta enfermedad:

- Distrofia muscular miotónica: se la conoce también como la enfermedad de Steinert y su aparición de da entre los 20 y los 40 años de edad. Los afectados por esta clase de distrofia presentan debilidad muscular, espasmos y rigidez en los músculos, afectaciones a nivel de sistema nervioso central, los ojos, el corazón y las glándulas endocrinas.

- Distrofia muscular de Duchenne: es la forma infantil de la enfermedad pues la edad de inicio son los 2-6 años. Los primeros indicios de Duchenne son la tendencia del niño a caerse, la dificultad para levantarse y la marcha como de "pato". El avance de la enfermedad hace frecuente la necesidad de una silla de ruedas a los doce años de edad. Durante sus etapas tardías, esta forma de distrofia provoca severos problemas respiratorios que cobran la vida de la persona a la edad de 20 -30 años.

- Distrofia muscular de Becker: los indicios, los síntomas y el curso de esta distrofia son muy similares a los de la forma anterior. El principio de la enfermedad puede ocurrir más tarde, incluso a los 25 años de edad. El avance es más lento que en el caso anterior y las expectativas de vida son superiores.

- Distrofia muscular congénita: comienza desde el nacimiento y se caracteriza por una debilidad muscular generalizada. Puede causar deformidades en las articulaciones debido a un problema de acortamiento de los músculos.

La espina bífida:

Es una enfermedad crónica de nacimiento debida a defectos en el tubo neural. Se la denomina también "Espina abierta". Podemos distinguir tres tipos de espina bífida:

- Espina bífida oculta: de tipo asintomático, localizada especialmente en la región lumbosacra, no suele visualizarse superficialmente. No se dan síntomas neurológicos por lo que, la mayoría de individuos con este tipo de espina bífida, no presenta ninguna complicación.

- Espina bífida meningocele: en este tipo de espina bífida se da un quiste o protuberancia. Este quiste se puede intervenir mediante cirugía, permitiendo así un desarrollo del niño con pequeñas secuelas.

- Espina bífida mielomeningocele: este es el tipo más grave. A pesar de que puede ser tratada mediante cirugía, generalmente queda un cierto grado de parálisis en las piernas y problemas de incontinencia.

Los alumnos afectados por las enfermedades anteriores, por sus limitaciones físicas, precisan de unas necesidades educativas especiales (también escritas como n.e.e., a modo de abreviatura). El profesional deberá identificar cuáles son esas necesidades para poder pasar a diseñar las actuaciones pedagógicas pertinentes. Las necesidades educativas especiales que un niño con estas deficiencias motóricas suele presentar son las que siguen:

- Desplazamiento al centro:

  Aquellos alumnos que han perdido su autonomía y movilidad suelen desplazarse mediante silla de ruedas. Para que su camino diario al centro escolar resulte cómodo y no una verdadera "·pesadilla" para el niño y sus cuidadores, es necesario que se le facilite un transporte adaptado o una persona que pueda conducir la silla.

- Acceso al centro y utilización del mismo:

  Aunque parezca algo bastante obvio, a nivel práctico no lo es. Son muchos los afectados que se encuentran con barreras arquitectónicas, como escaleras o falta de rampas, puertas estrechas, servicios no adaptados, que impiden el acceso al centro y la utilización de sus instalaciones. Es necesario, por lo tanto, eliminar dichas barreras arquitectónicas. Para ello, el acceso a la entrada contará con una rampa con suelo antideslizante y barandillas en las que pueda apoyarse el alumno; la anchura mínima de las puertas será de 90 centímetros permitiendo así, que pase una silla de ruedas; se instalarán pasamanos en los pasillos y escaleras; los edificios de más de una planta contarán con un ascensor; los baños estarán adaptados a las necesidades de este tipo de alumnado; los interruptores se colocarán a una altura que sea accesible a estos alumnos. Afortunadamente, el marco legal nos ampara pues exige que la construcción de los nuevos centros escolares se adapte a las necesidades de todos y cada uno de sus alumnos.

- Mobiliario adaptado:

  Una vez eliminadas las barreras arquitectónicas que impidan al niño acceder a su centro escolar, deberemos prestar atención a las características del mobiliario de las aulas. En los niños con parálisis cerebral sin desplazamiento autónomo, es necesario realizar el trasvase de la silla de ruedas a otra silla adaptada para mejorar así la postura. Con la silla adaptada, facilitamos la integración del alumno con el resto de sus compañeros y la comunicación de éste con su profesor y compañeros. Se deberá tener en cuenta lo siguiente: la amplitud del aula debe ser suficiente para permitir el cómodo desplazamiento de la silla de ruedas; el aula debe tener poca incidencia de ruidos exteriores; modificar la altura de pizarras, espejos, armarios, percheros y estanterías; colocar tiradores en puertas y armarios que puedan ser utilizados por los niños que presenten problemas de manipulación; dotar el aula de gimnasia con rulos y cojines. Las distintas adaptaciones que deban darse, serán orientadas por un fisioterapeuta y no se tomarán estas decisiones por personal no cualificado.

- El material didáctico:

  En algunas ocasiones, los alumnos que padecen esta enfermedad tienen dificultad o incapacidad a la hora de mover sus manos. Por ello, el material didáctico habitual puede ser inaccesible para ellos. Por ello, se deberá adaptar el material didáctico según las características que presente nuestro alumno.

- Profesionales especializados:

  Estos niños, precisan de la existencia de una serie de profesionales además de su profesor tutor de aula. Estos profesionales son:

  · Un fisioterapeuta que se responsabilice de la rehabilitación física del alumno.

  · Un logopeda cuando la lesión cerebral afecte a los órganos fonoarticulatorios.

  · Un profesor de Pedagogía Terapéutica, conocido como PT, que ayude al alumno a cumplir los objetivos del currículo educativo.

  · Un auxiliar educativo que ayudará al niño a realizar aquellas funciones que no pueda hacer por sí mismo como: higiene personal, alimentación, vestido y funciones de eliminación.

- Las adaptaciones curriculares:

  Por adaptación curricular entendemos un conjunto de cambios capaces de flexibilizar el currículo ordinario y así responder a la diversidad del alumnado. Si esto es insuficiente, deberemos recurrir a una adaptación curricular individualizada (ACI). La ACI se centra en el alumno y trata de buscar soluciones lo más normalizadas posibles. Cuando el equipo docente se decide a elaborar una ACI, puede realizar modificaciones tanto en los elementos de acceso al currículo como en los elementos básicos del currículo.

No podemos olvidar el papel tan importante que juega la familia en estos casos, de tal manera que, debe existir una fuerte relación y colaboración entre el centro y la familia. Algunas consideraciones básicas a tener en cuenta sobre el papel de la familia y que deberán ser explicadas a ésta, son las que siguen:

- Los padres deben superar las conductas de rechazo hacia sus hijos.
- Se debe evitar la sobreprotección.
- Hay que fomentar y estimular las capacidades y la autonomía del niño.
- En casa debe continuarse la labor realizada en el centro escolar.
- El nivel de exigencias hacia el niño debe ser acorde a su edad y posibilidades.
- Hay que hacer al niño partícipe de las actividades de la vida familiar.

## 9.2 Alumnado con discapacidad visual

Aunque ha existido cierta problemática entre los expertos a la hora de ponerse de acuerdo sobre la terminología y concepto de deficiencia visual, podemos señalar que, hablamos de disminuido visual para identificar a la persona que tiene una alteración en la estructura o

funcionamiento de la visión, cualquiera que sea la naturaleza o extensión de la misma. Más específicamente vamos a distinguir entre los tres términos siguientes: ciego, baja visión y limitado visual.

Ciega es la persona que tiene visión cero o que sólo tiene una percepción mínima de la luz. En el caso de ceguera absoluta, no es posible distinguir la luz de la oscuridad. Las técnicas específicas para la educación y la rehabilitación de las personas con ceguera son las que siguen:

- Técnica de Hoover: mediante esta técnica, se permite a la persona ciega desplazarse de manera autónoma. Consiste en la enseñanza del uso adecuado del bastón que suele ser de aluminio, recubierto con material plástico y de una altura determinada. Este entrenamiento se lleva a cabo por parte de un instructor en orientación y movilidad.

- Sistema Braille: es el sistema de lecto-escritura utilizado por las personas afectadas por ceguera. El alfabeto Braille se basa en la combinación de seis puntos en relieve dispuestos en dos columnas de tres puntos. La escritura se realiza con una pizarra y un punzón especiales sobre un papel denominado Manila. Existen también máquinas de escribir e impresoras adaptadas a este sistema.

Las personas con baja visión, por su parte, son aquellas que, aún después de un tratamiento, tienen en su mejor ojo una agudeza visual de 3/10 y un campo visual menor o igual a 20 grados. Para poder comprender lo anterior, debemos saber que la agudeza normal es de 10/10, mientras que los límites del campo visual son 90 grados en la parte externa, 60 grados en la parte interna o nasal, 50 grados en la parte superior y 70 grados en la inferior. Es muy importante realizar en estas personas una estimulación visual temprana, de manera que se aproveche al máximo la visión residual. Hasta no hace mucho tiempo, se educaba a los niños con baja visión como si fueran ciegos, un gran error que hoy en día ha sido solventado, sobre todo a partir de la definición de ceguera legal que define al ciego como "aquella persona cuya agudeza visual es de 20/200 o menos en el mejor ojo, con corrección o limitación del campo visual a menos de 20 grados". (Koestler)

Las técnicas específicas en educación y rehabilitación para los niños con baja visión son las siguientes:

- La estimulación visual: es una técnica que tiene como objetivo promover el uso eficiente de la visión residual de bebés y niños. Esta técnica variará según la edad, el resto visual y el desarrollo global del sujeto. Esta técnica debe realizarse por un profesional en estimulación visual.

- La rehabilitación visual: es la práctica o conjunto de éstas que buscan que la persona adulta con baja visión utilice a nivel óptimo su resto visual. Debe realizarla un rehabilitador visual.

Con el término limitado visual nos referimos al niño o adulto que, por alguna circunstancia, ve limitada su capacidad visual. Pueden presentar dificultad para ver materiales de aprendi-

zaje si no cuentan con una iluminación especial, pueden no ver objetos a cierta distancia a no ser que estén en movimiento o pueden tener que usar lentes o lupas especiales para poder aprovechar la visión que poseen. Los niños limitados visuales deben ser considerados como niños videntes para los fines educativos.

Antes de adentrarnos en las medidas que puede tomar el sistema educativo en la educación de este alumnado, es preciso conocer cómo se sucede el desarrollo de la visión en un niño sin problemas en este sentido. La vista se desarrolla de manera muy rápida en los primeros seis meses de vida del bebé, edad en la que alcanza un nivel cercano al que presenta el adulto. Esto se debe a que, durante los primeros meses de vida, la mielinización de las conexiones nerviosas en el córtex visual es muy intensa y las neuronas forman una densa red de fibras.

Desde el momento de su nacimiento, el bebé es capaz de diferenciar entre unas superficies y otras. Inicialmente explora los bordes de las figuras y los contrastes de figura y fondo, prestando menor atención al interior de la figura. A los dos o tres meses, el bebé ya mira en interior de las figuras lo cual, va a permitirle empezar a diferenciar los rostros de las personas de su entorno y cuidadores. Según estudios recientes, la constancia de la forma (es decir, comprender que un objeto sigue siendo el mismo objeto a pesar de que cambie su posición) y la constancia del tamaño (reconocer un objeto como si tuviese el mismo tamaño con independencia de la distancia entre el objeto y el niño) no son innatas sino que aparecen a los tres o cuatro meses de edad.

Otra adquisición muy importante es la percepción de la profundidad que está relacionada con la constancia de tamaño. Para los adultos resulta básico saber reconocer la existencia de agujeros, cambios de altura u obstáculos en el terreno que pisamos. De lo contrario, podríamos tener fuertes y graves caídas. Pero, ¿son los niños capaces de ver estas diferencias de profundidad y evitar los peligros que supone para su integridad física? Para conocerlo, Gibson y Walk realizaron un estudio con bebés en el que utilizaban una herramienta denominada "precipicio visual". Éste consiste en una superficie de cristal que en una parte tiene pegada una tabla a modo de tablero de ajedrez y, en la otra, las cuadrículas aparecen más abajo, simulando la existencia de un escalón o precipicio. Como resultado de su estudio encontraron que, los niños cuando comienzan a gatear, en torno a los 6 meses de edad, no quieren cruzar a la parte que simula el escalón. Por el contrario, los niños más pequeños que todavía no pueden desplazarse por sí solos, no se negaban a que les moviesen por toda la superficie. A partir de esto, estos autores infirieron que la percepción de la profundidad se adquiere cuando el niño puede desplazarse, es decir, en el momento en el que ya tiene peligro de poder caer.

Entrando en la escolarización de los niños con deficiencias visuales, podemos decir que, en general, todo programa dirigido a estos alumnos debe cubrir los objetivos generales del currículo ordinario además de incluir los componentes del currículo específico. Es preciso que este alumnado disponga de todos los recursos necesarios para acceder al currículo ordinario lo que supone que el sistema educativo cuente con los medios para poder transmitir los contenidos a este tipo de alumnos. Las variables que deberemos tener en cuenta para una adecuada escolarización del alumnado con deficiencia visual son las siguientes:

1. Aspectos organizativos

    - La elección del centro y el agrupamiento de alumnos: como regla general, la elección del centro para este alumnado atenderá a los principios de normalización, sectorización, integración e individualización. La ratio alumno por aula será menor, siempre buscando el mejor entorno para que el alumno con problemas visuales se desarrolle.

    - Organización del espacio escolar: de manera previa a la escolarización de estos alumnos, se deberá asistir al centro escolar donde va a integrarse con el objetivo de tener un conocimiento general de la ubicación de los diferentes espacios escolares. Una vez dentro del aula, es conveniente que las alteraciones en la distribución del mobiliario sean las mínimas. Así no desorientaremos al alumno. En caso de ser necesaria una reubicación de dicho mobiliario, se advertirá de ello oralmente al alumno y, posteriormente, se hará que compruebe por sí mismo el cambio realizado.

    - Ubicación del alumno en el aula: es muy importante la ubicación que tengan estos alumnos en su aula pues de ello dependerá el facilitar el uso del resto visual o, en caso de ceguera total, permitir que el niño se encuentre perfectamente orientado. Como regla general, se aconseja que este tipo de alumnos se siente cerca del profesor, en las primeras filas; habilitando un espacio donde pueda colocar su material específico sin suponer un obstáculo o molestia para los movimientos del resto de alumnos del aula.

2. Currículo específico: forman parte de éste las técnicas que permiten cierto grado de autonomía para estos alumnos junto con un mayor grado de integración, tanto a nivel social como académico. Deberá contemplarse lo siguiente:

    - Estimulación visual: está comprobado experimentalmente que en los casos de niños con remanentes visuales, deben ser estimulados para que los utilicen al máximo. Se aplicarán, por lo tanto, diversos programas para potenciar el comportamiento visual, así como actividades de atención, memoria, fijación y adiestramiento de la visión.

      Vamos a destacar un programa por ser de los más utilizados en los equipos de profesionales especializados en baja visión.

      * Proyecto para el adiestramiento perceptivo visual de niños ciegos y videntes parciales de 5 a 11 años. Los autores son Chapman y Tobin. A este programa se le conoce con el nombre de Mira y Piensa y se basa en el principio de que el resto visual no solamente es útil sino que también es educable. Su objetivo es motivar a los niños deficientes visuales de 5 a 11 años a utilizar su visión residual de manera efectiva por medio de una serie ordenada de tareas visuales que se presentan de forma progresiva y adaptada a sus experiencias visuales anteriores. Este programa consta de una lista de control y

del Programa de adiestramiento propiamente dicho. Este programa de adiestramiento se compone de 15 áreas didácticas, a saber: procedimientos de exploración y búsqueda; constancia de forma y objeto; designación y reconocimiento de objetos; discriminación del detalle; objetos tridimensionales; percepción de objetos de dos dimensiones; la perspectiva; simetría; modelos; comunicación mediante gestos corporales y faciales; coordinación óculo manual; color; percepción de la dirección y del movimiento; asociación con los demás sentidos.

- Estimulación multisensorial: se utilizarán técnicas y procedimientos para potenciar al máximo los sentidos del olfato, gusto, tacto y oído.

- Habilidades de la vida diaria: no podemos olvidar la enseñanza de técnicas que capaciten al alumno para el desarrollo de las tareas principales de la vida cotidiana como asearse o vestirse por sí solo.

3. Medios técnicos: son los medios e instrumentos que capacitan al alumno deficiente visual para seguir las actividades de la vida cotidiana en el aula. Es necesario potenciar su uso por lo que deberemos presentarlos a estos alumnos como imprescindibles.

   - Materiales para la lectura, escritura y cálculo: destacamos el Braille por ser el sistema de signos que permite al deficiente visual acceder al mundo de la cultura. Los materiales más usados que podemos destacar son: la regleta de iniciación al Braille, la regleta amarilla, la pizarra de preescritura, la pauta, el punzón, la máquina de escritura Braille, la caja de aritmética, el cubaritmo, el ábaco, la rotuladora en Braille y las plantillas de dibujo positivo.

   - Libros de texto: este tipo de alumnos no puede comprar el mismo libro que sus compañeros pues necesitan libros ampliados o en Braille. Los textos son los mismos que los escritos en tinta en los libros de sus compañeros.

   - Material tiflotécnico: los servicios tiflotécnicos son los relacionados con los diversos instrumentos de los que se vale este alumnado para paliar su minusvalía. Son de tipo muy variado y, en España, es la O.N.C.E. la que, a través de la Unidad Tiflotécnica, la que se encarga de la evaluación, importación y reparación. Asimismo, fomenta la innovación e investigación de nuevos prototipos.

   Algunos de estos aparatos, por ser altamente tecnológicos, resultan muy caros por lo que la O.N.C.E. dispone de una serie de ayudas económicas así como de un equipo de profesionales instructores en tiflotecnología para enseñar el funcionamiento de dichos aparatos.

4. Infraestructura de apoyo: es imprescindible la participación de numerosas personas y profesionales para la integración de un alumno deficiente visual en un centro ordinario. Entre los recursos humanos, podemos destacar:

- La familia: es muy importante que estos niños cuenten con el apoyo de sus progenitores desde el momento en que es diagnosticada esta minusvalía. Los padres deben hacerse conscientes cuanto antes de la situación de su hijo y de las expectativas para el futuro. Se debe evitar que se cree un cierto rechazo hacia el niño que pueda aislarlo de su ambiente y que impida una intervención en atención temprana. A lo largo del proceso educativo, los padres cuentan con otras figuras de apoyo que les irán mostrando qué hacer y les apoyarán para que sigan adelante en la educación de su hijo de la forma más normalizadora posible.

- El orientador del centro educativo: entre las funciones del orientador, destacan las que se detallan a continuación: colaborar en la elaboración del proyecto curricular de etapa, especialmente en los aspectos de concreción individualizada y de adaptaciones curriculares que precisen los alumnos con necesidades educativas especiales, en este caso, los alumnos con deficiencia visual; asesorar en el tratamiento flexible y diferenciado de la diversidad de aptitudes, intereses y motivaciones del alumnado; colaborar en la prevención y en la pronta detección de los problemas educativos, de desarrollo personal o de aprendizaje que presenten los alumnos; colaborar en la orientación escolar y profesional individualizada a los alumnos, favoreciendo en ellos procesos de decisión y madurez vocacional.

- Equipos de atención a Alumnos con Ceguera y Deficiencia Visual (EAECDV): se trata de equipos multiprofesionales que se encargan de la atención específica al alumnado con deficiencia visual y contempla los siguientes ámbitos de intervención:

    * Atención Temprana: atención temprana itinerante a guarderías para los niños de 0 a 4 años que asisten a este tipo de centros. También existe atención temprana itinerante a domicilio para aquellos niños de 0 a 4 años que todavía no asisten a un centro educativo. Finalmente, la atención temprana ambulatoria en el centro educativo para dar servicio a los niños de 0 a 4 años que no asisten a ningún centro educativo y tampoco reciben atención domiciliaria.

    * Asistencia social: estos profesionales atienden el ambiente socio-familiar de este tipo de alumnado. Además, asesoran a las familias sobre las prestaciones sociales existentes en sus casos determinados.

    * Gabinete psicopedagógico: se encarga de la detección, valoración del comportamiento visual y de la valoración psicopedagógica de los alumnos. Además, asesorará y orientará a aquellos profesionales que trabajen con los alumnos con deficiencias visuales. Otra de sus funciones será realizar la evaluación y el seguimiento de dichos alumnos y la adecuación de los programas de intervención que para ellos de han establecido.

* Profesores itinerantes: con ellos se consigue una atención individualizada de estos alumnos. Entre sus funciones destacan las que relatamos a continuación: proporcionar al alumno técnicas de estimulación visual, orientación psicomotriz, orientación profesional y refuerzo pedagógico cuando sea necesario, buscando la motivación del alumno por el aprendizaje; elaborar material específico, realizar adaptaciones del material didáctico ordinario y aportar material específico, de modo que se favorezca la intervención de los profesores de aula; dar respuestas a las necesidades educativas de estos alumnos, orientar a los padres y profesores y permitir que estos alumnos tengan acceso que los materiales que les sean necesarios.

Antes de poner fin a este apartado, consideramos necesario tratar el tema de la atención a los padres de estos niños y niñas que sufren deficiencias visuales. Muchas veces, centramos la intervención estrictamente en el niño, sin tener en cuenta que los progenitores también sufren con esta deficiencia y que, en ocasiones, requieren de la ayuda de profesionales que les ayuden a asimilarlo y aceptarlo y, de esta manera, puedan ser útiles en la educación y desarrollo de sus hijos.

La idea principal es que ningún padre nace sabiendo como tratar o educar a un hijo que presenta una deficiencia, sea del tipo que sea. A veces, los profesionales en atención temprana dejan fuera de su intervención a los padres y no son conscientes de que, durante los tres primeros años de vida del niño, la influencia, el contacto y el cariño de los padres es imprescindible para el buen desarrollo de su hijo.

Ante un hijo con deficiencia visual, el comportamiento de los padres debe ser lo más natural y espontáneo posible, integrando al niño en las actividades cotidianas del hogar. Del mismo modo, los padres deben aceptar la presencia de profesionales cuya labor es ayudarles y orientarles en la ardua tarea de educar a un hijo. Un aspecto imprescindible es que el profesional consiga la confianza de los padres pues cuando ésta se hace realidad, se trabaja con mayor facilidad y coordinación.

Según Ferrell (1990) “cada familia reacciona de manera distinta ante la llegada de un hijo con problemas de visión. Con frecuencia experimentan diferentes sentimientos que se corresponden con ciertas etapas, hasta aceptar en mayor o menor medida la discapacidad:

1. Etapa de negación: En un primer momento, los padres pueden no dar importancia al problema visual de su hijo o incluso llegar a negarlo. En ocasiones, hacen lo posible para evitar que otras personas conozcan la discapacidad de su hijo, manteniéndolo aislado en casa o sin sacarlo a pasear.

2. Etapa de enojo: Los padres acusan a los profesionales que atendieron al bebé en sus primeros momentos de vida o a sus familiares, en los casos de enfermedades de tipo genético. En esta fase es muy importante que el profesional consiga que los padres “suelten” todas sus emociones, que se desahoguen. Así, podremos prevenir conductas negativas dirigidas hacia el niño.

3. Etapa de búsqueda: Los padres no quieren aceptar el diagnóstico que se le ha dado a su hijo e inician un camino de visitas a diferentes médicos y especialistas buscando otras opiniones o diagnósticos que puedan consolarlos. Esta etapa puede resultar positiva cuando la búsqueda de información de diversos profesionales tiene como finalidad informarse acerca de la enfermedad para poder actuar de la manera más adecuada para el correcto desarrollo de su hijo. Si, por el contrario, es una mera búsqueda de un diagnóstico que les haga sentir bien, negando la existencia de una deficiencia en su hijo, la búsqueda no tendrá resultados satisfactorios ni para los padres ni para su hijo.

4. Etapa de depresión: En este momento los padres ya son conscientes de la irreversibilidad del problema de su hijo y pueden entrar en un estado depresivo. Es aquí muy importante el apoyo de los profesionales para dar fuerza a los progenitores para seguir adelante en la educación de su hijo. Además, en los casos de niños con restos de visión, debemos trabajar para que los padres intenten aprovechar dichos restos y hagan trabajar a su hijo, en vez de tratarlo directamente como un ciego total.

5. Etapa de aceptación: En esta última fase, los padres han aceptado ya el problema de su hijo. Esto no significa que vayan a relacionarse con él de manera adecuada. Por lo tanto, aceptación no es sinónimo, en todos los casos, de adecuada interacción padres-hijo. El profesional debe hacer ver a los padres que su hijo podrá desenvolverse en el mundo pero que, en su educación y desarrollo, presentará diferencias con el resto de niños de su edad con visión normal”.

## 9.3 Alumnado con discapacidad intelectual

A lo largo de la historia de la educación, los alumnos con limitaciones intelectuales han sido los que han sufrido una mayor marginación por sus graves problemas a la hora de aprender. De hecho, hasta hace algunos pocos años, la escuela ordinaria no ha sabido dar respuesta a las necesidades educativas de este tipo de alumnado y ha optado por dirigirlos directamente a los centros de educación especial. Hoy en día, en la etapa de Educación Primaria, estos alumnos se encuentran integrados en centros ordinarios.

La discapacidad intelectual se define como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años”.

El deficiente mental se caracteriza por una inteligencia por debajo de lo normal que tiene su origen en el periodo evolutivo.

La Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) expone que: “El retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más áreas de habilidades adaptativas”. Las 10 áreas adaptativas a las

que hace referencia son: Área de la comunicación; Cuidado de sí mismo; La vida del hogar; Habilidades sociales; Capacidad de utilizar los recursos comunitarios; La autodirección; Salud y seguridad; Las habilidades académicas funcionales; Ocio y Trabajo.

Antes de continuar profundizando sobre la temática de la deficiencia mental, consideramos necesario exponer el desarrollo cognitivo normal en el niño. Para ello, vamos a seguir al gran experto: Piaget. Piaget divide el desarrollo en tres grandes periodos que, a su vez, se subdividen en otros.

El primero de los periodos es el Periodo Sensoriomotor. Éste es anterior a la aparición del lenguaje y abarca desde el nacimiento hasta el año y medio de vida aproximadamente. Durante este periodo, el progreso que experimenta el sujeto es enorme pues es en este momento cuando construye los conceptos de espacio, tiempo, causalidad y permanencia. Al final de este periodo, aparece el lenguaje. Este aspecto es de crucial importancia para el desarrollo intelectual que tendrá lugar en los periodos posteriores.

El siguiente periodo es el llamado Periodo de la Operaciones Concretas. Se divide en dos subperiodos. El primero de ellos, se extiende del año y medio hasta los siete años. Piaget lo denomina también subperiodo preoperatorio. El niño va alcanzando un mayor dominio del lenguaje y se inserta dentro de la sociedad adulta. Aún así, su pensamiento difiere de manera considerable del pensamiento adulto y se caracteriza como “egocéntrico”, es decir, el pensamiento del sujeto se centra sobre él mismo y no tiene en cuenta la perspectiva o sentimientos de los demás. El niño no diferencia lo físico de lo psíquico, lo objetivo de lo subjetivo. El niño todavía no posee la noción de conservación. Por ejemplo, el niño piensa que hay distinta cantidad de materia en una bola de plastilina que en la misma bola si la transformamos en forma de salchicha. En otras palabras, el niño piensa que la cantidad de materia se modifica al cambiar la forma. En este subperiodo el niño tampoco es capaz de manejar operaciones con clases o con categorías de objetos. El segundo subperiodo se conoce como subperiodo de las operaciones concretas. Abarca desde el final del subperiodo anterior hasta los 11/12 años. En este momento, el niño va a confiar menos en los datos que le llegan a través de los sentidos y va a tener más en cuenta las transformaciones que se realizan sobre lo real. Será capaz de realizar operaciones reversibles y ya construye una lógica de clases y de relaciones independiente de los datos perceptivos.

El tercer y último periodo es el denominado Periodo de la Operaciones Formales. Abarca desde los 11/12 años hasta los 16 años. En este periodo el sujeto ya ha adquirido las operaciones básicas que hacen posible el pensamiento científico. Va a ser capaz de razonar no sólo sobre lo real sino también sobre lo posible. Razona ya sobre problemas abiertos, examinando diversas alternativas. Terminado este estadio, el sujeto ha adquirido ya los instrumentos intelectuales de un adulto. Posteriormente, podrá ir incrementando esos conocimientos y pensar con mayor rapidez.

La teoría piagetiana ha sufrido numerosas críticas. Una de ellas son los rangos de edad de los distintos estadios. Se ha observado, que no todos los niños llegan a los diferentes estadios en las edades marcadas por Piaget. La respuesta ante esto es que las edades son orien-

tativas y, dado que cada niño presenta su propio ritmo de aprendizaje, los rangos de edad se pueden flexibilizar algo. Lo que sí es fundamental es el orden de los estadios, es decir, todos los niños pasan por los diferentes estadios en el mismo orden. Otra crítica muy comentada es que, tras diferentes observaciones y estudios longitudinales, se ha encontrado que no todos los sujetos llegan al tercer estadio. De hecho, las actividades y los trabajos que realizamos los adultos de nuestra no sociedad, en su mayoría, no requieren de la utilización de un pensamiento formal. Parece ser entonces que, a pesar de la existencia de este estadio, no todos los individuos llegarán a desarrollarlo.

Conocido ya el desarrollo intelectual del ser humano, podemos profundizar en los casos de aquellos individuos que presentan deficiencias en su funcionamiento cognitivo.

En primer lugar, debemos conocer los cinco grados de afectación cuando hablamos de deficiencia mental. Para ello, utilizaremos el concepto de Cociente Intelectual (CI), que no Coeficiente Intelectual. Éste último es una denominación errónea que se suele utilizar de manera informal en la vida cotidiana y, por desgracia, también podemos escucharlo de la boca de profesionales de la Psicología o la Pedagogía. El Cociente Intelectual se calcula mediante la división de la Edad Mental (EM) entre la Edad Cronológica (EC), multiplicando seguidamente por 100.

$$CI=EM/ECx100$$

Siguiendo con lo anterior, los cinco grados de deficiencia mental son los siguientes:

| Grado | CI |
|---|---|
| 1- Límite o borderline | 68-85 |
| 2- Deficiencia mental ligera | 52-68 |
| 3- Deficiencia mental moderada | 36-51 |
| 4- Deficiencia mental severa | 20-35 |
| 5- Deficiencia mental profunda | < 20 |

A continuación, hablaremos un poco más de las características de los cinco grados que acabamos de ver.

El deficiente mental límite o borderline no es un deficiente mental de la manera tan estricta en la que utilizamos este término. Tiene muchas posibilidades de desarrollo y sólo manifiestan su retraso en dificultades de aprendizaje.

El deficiente mental ligero de desarrollar habilidades sociales y de comunicación. En las tareas perceptivas y motoras su retraso es mínimo. En la escuela presentan dificultades a la hora de aprender a leer, escribir o calcular. Suelen alcanzar un nivel escolar de Educación Primaria.

Por su parte, el deficiente mental moderado es capaz de adquirir hábitos de tipo personal y social, se comunican a través del lenguaje aunque con dificultades en su expresión y com-

prensión. Su desarrollo motor es aceptable pero es difícil que adquieran las técnicas de la escritura, la lectura o el cálculo.

Los deficientes mentales severos necesitan ya de ayuda pues su autonomía tanto personal como social es muy baja. Su lenguaje oral es muy pobre y presentan carencias a nivel locomotor. Sin embargo, se les puede entrenar para que adquieran habilidades de cuidado personal básico.

Finalmente, cuando hablamos de deficiencia mental profunda, existe un grave deterioro sensoriomotor y comunicativo. Son personas dependientes para casi todas sus actividades y necesidades pues sus deficiencias intelectuales y físicas son extremas. Carecen, por tanto, de autonomía personal o social.

Cuando hablamos de deficiencia intelectual no podemos olvidar el Síndrome de Down. Recibe su nombre del médico británico John Langdon Down. Este síndrome es “una situación o circunstancia que ocurre en la especie humana como consecuencia de una particular alteración genética. Esta alteración genética consiste en que las células del bebé poseen en su núcleo un cromosoma extra, es decir, 47 cromosomas en lugar de 46.

Para todo profesional de la educación que trabaje con este tipo de alumnado, es imprescindible conocer las características diferenciales de éstos frente a los niños de inteligencia normal. Siguiendo el esquema propuesto por Quiroga (1989), estas características diferenciales se pueden clasificar de la siguiente manera:

1. Características físicas: Escaso equilibrio; Dificultades en destrezas manipulativas; Dificultades en coordinaciones complejas; Locomoción deficiente.

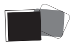
2. Características personales: Ansiedad; Bajo autocontrol; Menor control interno; Tendencia a evitar el fracaso; Posibilidad de existencia de trastornos de la personalidad.

3. Características sociales: Se da un retraso evolutivo en el juego, ocio y rol sexual.

Conocida toda esta información teórica sobre la deficiencia mental cabe preguntarse, ¿cómo podemos intervenir en la escuela con estos niños? ¿Qué medidas se toman desde nuestro sistema educativo?

Desde la Atención Temprana, durante los tres primeros años de vida del niño, se trabaja tanto con él como con sus padres a través de una serie de programas de estimulación precoz. Estos niños deben ser entrenados en habilidades como el lenguaje y la marcha que, en niños sin deficiencias intelectuales, se desarrollan por sí solas. Si no se trabajan este tipo de habilidades, se corre el riesgo de que estos niños no logren desarrollar esas destrezas o las adquieran de un modo inadecuado.

Estos programas de intervención temprana están dirigidos por profesionales que orientan a las familias sobre temas como el cuidado de sus bebés, la salud, los juegos y, en especial, el desarrollo y evolución de sus hijos. Son programas muy sistematizados, estructurados por



niveles y por áreas. Su objetivo principal es lograr que estos niños adquieran las progresivas etapas de su desarrollo de la manera más adecuada posible y con el mínimo retraso en comparación con los niños sin dificultades. Gracias es esta intervención, los niños crecen gozando de un ambiente enriquecedor y estimulante. Por desgracia, muchas familias sin recursos o pertenecientes a grupos sociales con riesgo de exclusión, no conocen la existencia de estos programas y sus hijos no pueden aprovechar sus numerosas ventajas. ¿Por qué en esta primera etapa de la vida, desde el nacimiento hasta los tres años de edad, es tan importante que los niños con deficiencia mental sigan los programas de estimulación precoz? La respuesta es: la plasticidad cerebral. El sistema nervioso de un recién nacido presenta una gran plasticidad. Las conexiones neuronales no están todavía definidas, por ello, es el momento idóneo para que el niño realice los aprendizajes básicos. A medida que el niño crece, la plasticidad va disminuyendo, siendo más difícil la integración de nuevos conocimientos y destrezas.

A pesar de todas las ventajas mencionadas, es muy importante a la hora de elaborar un programa de estimulación precoz, tener en cuenta las características especiales de su patología pues, en caso contrario, podríamos elaborar programas que planteasen objetivos imposibles para algunos niños. Por ejemplo, los niños con parálisis cerebral presentan una grave afectación a nivel motor y no podemos plantear como objetivo fundamental de nuestra intervención que logre mantener una postura totalmente correcta a la hora de alcanzar un objeto pues, resultaría imposible. Así sólo conseguimos que aumente la frustración del niño y de su familia. En el caso que acabamos de presentar sería mejor establecer como objetivo que le niño se desplazase en busca de objetos de la mejor manera que pueda, sin buscar la perfección en el control postural.

En la actualidad, contamos con datos suficientes para poder afirmar que, en el caso de los niños con Síndrome de Down, se logran integrar satisfactoriamente en las escuelas de Educación Infantil, siempre y cuando hayan gozado de un buen programa de estimulación precoz en sus primeros tres años de vida. Asimismo, los niños deficiencias intelectuales debidamente estimulados, consiguen iniciar la Educación Primaria en buenas condiciones.

¿Qué ocurre cuando estos niños van avanzando en edad? ¿Sigue siendo su desarrollo tan óptimo? La realidad es que los estudios longitudinales con estos niños muestran que, a partir de los 4/5 años, los progresos se hacen más lentos y su nivel se va distanciando cada vez más del nivel que presentan sus compañeros sin deficiencias. ¿Por qué ocurre esto? ¿Qué causas provocan esa lentitud en su desarrollo tras haber avanzado tan rápido en los primeros años de vida? La primera causa es biológica. La plasticidad cerebral ya no es la misma por lo que se hacen más evidentes las limitaciones que, a diferentes niveles y áreas, provocan estas deficiencias. Por otro lado, el deficiente sistema educativo a la hora de tratar con alumnos con deficiencias intelectuales. A partir de los 4 años, las programaciones educativas están diseñadas para dirigirse y aplicarse estrictamente a niños sin deficiencias intelectuales. Sus objetivos no tienen en cuenta las características diferenciales de los niños con problemas en su desarrollo intelectual y no están secuenciados de manera correcta para ellos. Los contenidos son, en algunos casos, imposibles de asimilar para un niño con Síndrome de Down u otra deficiencia intelectual. Esto va a provocar un fracaso en la inte-

gración de estos niños en centros ordinarios además de impedirles seguir avanzando en el desarrollo de nuevas capacidades que les permitan ser miembros útiles de nuestra sociedad cuando lleguen a la edad adulta.

A la hora de planificar las programaciones didácticas de este alumnado, hemos de tener en cuenta que avanzan poco a poco y que deberemos plantearnos muchos pasos intermedios antes de lograr un objetivo general. Por otro lado, estos niños presentan un mayor desarrollo y madurez en unas áreas frente a otras, lo que les hará más fácil aprender unos contenidos que otros. No debemos establecer entonces el mismo ritmo para el aprendizaje de todas las áreas pues podemos frenarlos en aquellas para las que están más capacitados. Conviene entonces seguir unos pasos más lentos en las áreas y contenidos que les resulten más difíciles y dejarles que progresen todo lo que puedan en aquellas que les supongan más facilidad. Así conseguimos que el niño se sienta realizado y aumentamos su autoestima personal.

En conclusión, si tenemos precaución  y elaboramos un programa con objetivos específicos, parciales e intermedios para alcanzar objetivos más amplios y generales, podremos evaluar mejor los progresos de nuestros alumnos con deficiencias intelectuales. A veces, los programas son un fracaso porque son ambiguos o muy generales y se saltan los pasos intermedios. Con todo, evitaremos el fracaso y frustración de nuestros alumnos y de nosotros mismos.

Además de integrar conocimientos, los alumnos deben adquirir una serie de capacidades para que puedan integrarse en la sociedad que les rodea. Con este alumnado, la adquisición de las capacidades presenta mayores dificultades. Para ello, el educador deberá preparar recursos variados para lograr que el alumno con deficiencia adquiera una determinada capacidad. Durante la aplicación de su programación deberá ser creativo y flexible, cambiando las actividades que así lo requieran por aquellas que resulten más eficaces en el aprendizaje del niño. El buen educador no busca la perfección, en ocasiones, ésta debe ser pospuesta si así conseguimos mantener la motivación y la autoestima de nuestro alumno. La máxima en estos casos es que no podemos exigir más de lo que se puede. Lo más importante es que el alumno con deficiencia avance a su ritmo sin la pretensión de que llegue al nivel de sus compañeros sin deficiencias. Sabemos que esto último puede resultar repetitivo pero, es muy importante interiorizarlo porque, diariamente encontramos en las aulas a profesores que pretenden que sus alumnos con deficiencias intelectuales sigan el ritmo del resto de sus compañeros y alcancen los mismos objetivos.

## 9.4 Alumnado con autismo

El término autismo fue acuñado por psiquiatra suizo E. Bleuler para designar la pérdida de contacto con la realidad, teniendo como consecuencia una imposibilidad o gran dificultad para comunicarse con los demás. Esta problemática tiene como rasgo principal el aislamiento del niño. Autismo proviene del griego “eaftismos” que significa “encerrado en uno mismo”. El autismo es un síndrome, es decir un conjunto de signos y síntomas. Su etiología es aún desconocida a pesar de las numerosas investigaciones que se han realizado desde el campo de la Neurología.



Para la National Society for Autistic  Children (NSAC), el autismo es un síndrome que presenta una serie de rasgos:

- Alteraciones de las secuencias y ritmos de desarrollo: se dan retrasos o interrupciones en una o varias áreas del desarrollo (motora, social y cognitiva).
- Perturbaciones de las respuestas a los estímulos sensoriales: puede haber hiperactividad o hipoactividad generalizada así como una alternancia entre estos dos estados.
- Perturbaciones del habla y comunicación no verbal: entre los síntomas pueden incluirse: mutismo, retraso en la aparición del habla, capacidad simbólica ausente o limitada, empleo ilógico de conceptos, ausencia o desarrollo inapropiado de la comunicación gestual, disociación entre los gestos y el lenguaje y no dotación de significado simbólico a los gestos.
- Alteraciones en la capacidad de relacionarse adecuadamente con objetos, situaciones o personas: se manifiesta en la no diferenciación de las respuestas apropiadas a las personas y no dotación de significado simbólico a objetos. Ante la interacción con otras personas encontramos ausencia de sonrisa, ansiedad, retraso del uso del contacto ocular y responsividad facial.

Veamos ahora cuál es la definición que de este síndrome da la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) a través de su manual de diagnóstico DSM-IV. Siguiendo este manual, parta establecer un diagnóstico de autismo deberemos seguir los siguientes criterios:

A. Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones de un conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).

    - Trastorno cualitativo de la relación expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

        a) Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.

        b) Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.

        c) Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas, (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).

        d) Falta de reciprocidad social o emocional.

- Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

  a) Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).

  b) En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.

  c) Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.

  d) Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.

- Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

  a) Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.

  b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.

  c) Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).

  d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Antes de los tres años deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.

C. El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

Finalmente, presentaremos la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define el autismo como “Un trastorno generalizado del desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años de edad y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres o cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas”.

En muchas ocasiones, el autismo se identifica con el Síndrome de Rett o el Síndrome de Asperger. Estos tres síndromes son diferentes y, por ello, vamos a diferenciarlos claramente para que podamos hacer un buen diagnóstico.

El Síndrome de Rett es un desorden profundo del desarrollo que afecta casi exclusivamente al sexo femenino, aunque también se han descrito casos en varones. Como aspectos diferenciales con el autismo destaca que no se detecta en el Síndrome de Rett el ensimismamiento característico del autismo y tampoco las conductas estereotipadas o rituales.

En lo que respecta al Síndrome de Asperger, la diferenciación con este síndrome y el autismo presenta más complicaciones. No se ha demostrado si este síndrome es distinto al del espectro autista o, por el contrario, un subtipo de autismo. De manera informal podríamos decir que los niños con Asperger son autistas de alto nivel pero sin afectación en el desarrollo del lenguaje. Actualmente, este síndrome se ubica en el DSM-IV dentro de los trastornos generales del desarrollo. Las personas con Asperger tienen una inteligencia normal y, a veces, superior a la media. Su memoria suele estar muy desarrollada. Aunque dentro de este síndrome, cada persona presenta unas características distintas, todos comparten tres características comunes: intereses que llegan a ser obsesivos, dificultad para relacionarse con los demás y problemas de comunicación verbal y no verbal.

Una vez hecha la diferenciación, vamos a profundizar en el tema que nos ocupa. La primera pregunta que nos debemos hacer es: ¿Cuál es la sintomatología de un niño que presenta autismo? Como veremos, estos síntomas se expresan en diferentes áreas. A nivel de lenguaje, las principales alteraciones que presenta el niño autista son las siguientes:

- Agnosia auditiva verbal: se trata de la incapacidad para decodificar el lenguaje oral recibido por la vía auditiva.
- Síndrome fonológico-sintáctico: el niño presenta pobreza semántica y gramatical que se acompaña de una vocalización inadecuada y deficiente.
- Síndrome léxico-sintáctico: es la incapacidad de recordar la palabra que se asocia con cada concepto o idea.
- Trastorno semántico- pragmático del lenguaje: se trata de una alteración del uso social y comunicativo del lenguaje. Los aspectos que pueden aparecer alterados son los siguientes: dificultad a la hora de establecer y comprender su turno de palabra, no utilización del contacto visual durante el mantenimiento de una conversación y problemas a la hora de iniciar una conversación.
- Mutismo selectivo: los niños con autismo pueden llegar a hablar correctamente pero, en determinadas ocasiones, no utilizan ningún tipo de lenguaje.
- Trastorno prosódico: cuando hablamos de prosodia nos referimos a la entonación y el ritmo que utilizamos en nuestro lenguaje oral. En algunos autistas podemos observar problemas en este aspecto del lenguaje.
- Hiperlexia: es un trastorno de la lectura bastante frecuente en niños autistas y consiste en la capacidad de leer con una perfección impropia para su edad pero con una comprensión muy limitada. Es decir, son niños que leen muy bien pero no entienden nada.

Con respecto al funcionamiento motor en niños autistas, una de las características principales es la presencia de estereotipias. Por estereotipia entendemos el comportamiento repetitivo, persistente y reiterado que no tiene otra función aparente que proveer al niño de retroalimentación sensorial. Ejemplos de estas conductas son: balanceo del cuerpo, giros de cabeza, aleteo de manos o posturas extravagantes. Otra característica de las alteraciones motoras en estos niños son las conductas autolesivas. Una conducta autolesiva es cualquier comportamiento que presenta el sujeto mediante el cual se produce daño físico a su propio cuerpo. Ejemplos de conductas autolesivas en niños autistas son: golpearse la cabeza, arañarse la cara, arrancarse pelo, morderse las manos o, incluso, hundirse los ojos.

A nivel cognitivo, hay acuerdo a la hora de decir que existe un déficit generalizado en las distintas áreas del desarrollo cognitivo. Siguiendo la Teoría de la Mente, muchos autistas no se dan cuenta de que las demás personas pueden tener puntos de vista diferentes a los suyos y también presentar diferentes pensamientos o tener distintos planes en su vida. Sin embargo, casi el 10% de los niños que padecen autismo presentan destrezas especiales y sobresalientes como un gran talento para la música o para el arte. Otra destreza que se observa con frecuencia es su capacidad matemática. Algunos autistas pueden realizar diversos tipos de operaciones matemáticas  de manera mucho más rápida que otro niño o adulto sin este síndrome. Su capacidad de concentración, no obstante, es escasa. Suelen enfocar su atención en un solo objeto o parte de un objeto.

Si nos detenemos en su capacidad intelectual, hasta hace pocos años, se pensaba que el niño autista tenía una inteligencia normal pero, los datos actuales parecen sugerir lo contrario. Los niños autistas obtienen mayores puntuaciones en los tests que miden habilidades de tipo manipulativo o viso-espacial. Por el contrario, su rendimiento es bajo en las tareas que requieren un procesamiento secuencial. A partir de diversos estudios se pone de manifiesto que la manera de procesar la información que tienen los autistas es cualitativamente diferente a la de los sujetos no autistas.

Finalmente, no podemos olvidar otra característica fundamental que aparece en este síndrome: la respuesta anormal ante la estimulación sensorial. Un niño autista puede no presentar ninguna respuesta ante un ruido fuerte y, sin embargo, responder dramáticamente ante el ruido que se produce al pasar las páginas del periódico. De la misma manera, pueden no prestar ningún tipo de atención ante un juguete puesto ante sus ojos y advertir la existencia de un pequeño clip situado en un lugar más alejado. ¿Por qué? Parece que la respuesta se encuentra en diversos estudios que han demostrado que los autistas responden sólo a un componente de la información sensorial disponible. Es la denominada hipersensibilidad estimular.

Algunas madres que lean esto quizá se pregunten: ¿Cómo puedo sospechar de manera temprana que mi hijo es autista? ¿Qué aspectos son clave a la hora de identificar este síndrome y poder actuar en consecuencia? A modo de resumen, podemos enumeras una serie de síntomas que pueden indicar que un niño es autista (aunque el diagnóstico definitivo debe ser siempre realizado por un profesional):

- Falta de reconocimiento de los sentimientos de las otras personas.
- Ausencia de capacidad de imitación.
- El niño no busca consuelo cuando se encuentra afligido.
- No presenta juego social.
- Anormalidad en la comunicación no verbal.
- Ausencia de actividad imaginativa.
- Anomalías en la emisión y contenido del lenguaje.
- Presencia de estereotipias.
- Preocupación persistente por partes de objetos.
- Intensa emoción ante cambios insignificantes en el entorno.
- Insistencia en seguir rutinas con todos sus detalles.
- Limitación de intereses, con concentración en un interés particular.

Ahora sí, ¿cómo podemos intervenir desde la educación en el autismo infantil? Veamos entonces los aspectos más importantes a tener en cuenta.

En primer lugar, debemos hacernos tres preguntas, a saber: ¿Qué enseñar?, ¿Cómo enseñar? y ¿Para qué enseñar? el objetivo principal en la intervención en autismo infantil es mejorar su conocimiento social y sus habilidades comunicativas, además de lograr una conducta autorregulada que de adapte al entorno.

Para que el contexto de aprendizaje sea lo más efectivo posible, es imprescindible una buena estructuración del mismo. Esta estructuración será tanto mayor cuanto menor es la edad o nivel de desarrollo del niño. Debemos además perseguir que cada aprendizaje sea funcional y genere motivación en el niño. Educar a un niño autista supone una doble tarea: hay que enseñar la habilidad, destreza o capacidad y también hay que enseñar su uso y conseguir que éste último sea adecuado, generalizado y que surja de manera espontánea.

Por último, el mejor sistema de aprendizaje para un niño autista es el denominado aprendizaje sin error. En éste, el niño finaliza con éxito sus tareas, apoyado por una serie de ayudas externas. Poco a poco, iremos quitando esas ayudas, teniendo siempre presente el desarrollo cognitivo alcanzado por el niño.

<u>Intervención en el área social:</u>

El conocimiento social en los autistas no se logra de la misma manera que en el resto de niños no autistas. Es incierto que el niño autista no quiera aprender el conocimiento social, es que no puede aprenderlo a través de los medios naturales. Por ello, hay que crear un pro-

grama especial, programado específicamente para este tipo de niños. Uno de estos programas es el currículo TEACHH en el cual los objetivos no vienen marcados previamente sino que van surgiendo de manera individualizada para cada niño. Para establecer estos objetivos individualizados, debemos recorrer cuatro fases:

1ª. Evaluación de las habilidades sociales

2ª. Entrevista con los padres para hacer una búsqueda consensuada de los objetivos

3ª. Establecer una serie de prioridades y expresarlas por escrito en forma de objetivos

4ª. Dependiendo de los objetivos marcados, hacer un diseño individualizado para el entrenamiento en habilidades sociales

La intervención en esta área debe ser estructurada y darse en un ambiente coherente y previsible. Hay que aplicar un estilo intrusivo, es decir, instar al niño a realizar las actividades que se han programado para él. El entorno educativo debe ser diseñado con claves concretas y de carácter simple que ayuden al niño a estructurar y entender el espacio y el tiempo. Del mismo modo que en el caso de las deficiencias motóricas, el ambiente educativo, para que se lo más propicio posible para niños autistas, debe eliminar barreras. En este caso, hablamos de barreras de tipo cognitivo. Para ello, deberemos sustituir las claves complejas que existen por otras más adecuadas a las necesidades y nivel de desarrollo del niño.

Otro modo de potenciar la competencia social de estos niños es atribuir consistentemente intenciones sociales a todas las acciones que realicen. Nuestras reacciones ante dichas acciones prosociales deben ser motivantes y claras y suponer un feed-back y refuerzo positivo de manera que, estas acciones de tipo social o altruista se repitan en el futuro. Por ello, el educador no sólo debe diseñar las acciones que pretende realizar en su aula sino que, a su vez, debe diseñar las reacciones que ha de tener ante esas acciones.

A modo de resumen, podemos destacar como objetivos específicos de esta área social los que siguen:

- Enseñar las reglas básicas de conducta. Por ejemplo: no pegar a los compañeros, no chillar en clase, mantenerse en silencio cuando habla la profesora, etc.

- Enseñar rutinas sociales. Por ejemplo: saludar al entrar en clase, pedir permiso para ir al baño, iniciar una conversación, mantener una interacción adecuada con el compañero de mesa, etc.

- Entrenar estrategias socioemocionales. Por ejemplo: la expresión facial debe ser acorde a la expresión oral, adecuar la expresión emocional al contexto en el que se encuentra el niño, etc.

- Fomentar la cooperación. Por ejemplo: mediante juegos en equipo, mostrar los beneficios de ayudar a los demás, realizar actividades grupales con una meta común, etc.

- Entrenamiento en empatía. Por ejemplo: enseñar a conocer el punto de vista del compañero, exponer situaciones en las que el niño tenga que decidir que sentimientos puede tener el protagonista que las vive, etc.

- En aquellos alumnos con un nivel bajo de desarrollo, se fomentará la enseñanza de estrategias instrumentales simples, además de la percepción de contingencia entre sus acciones y las reacciones y consecuencias en el grupo.

Intervención en el área de comunicación:

Esta área se encuentra muy relacionada con la anterior por lo que puede trabajarse de manera conjunta. La finalidad del trabajo en el área comunicativa es intentar promover estrategias de comunicación expresiva, que sean funcionales y generalizables, usando como soporte de comunicación el más adecuado al nivel de desarrollo del niño (el vehículo comunicativo puede ser la palabra, los signos, los pictogramas, etc.). El desarrollo de los SAAC (Sistemas alternativo y aumentativos de comunicación) ha supuesto un gran avance en esta área. Para el caso concreto del autismo destaca el Programa de Comunicación Total. Este programa centra su foco de atención en la espontaneidad y el lenguaje expresivo y se estructura a través del aprendizaje de las funciones lingüísticas de la expresión de deseos, conversación y juego simbólico, entre otras.

Intervención ante los problemas de conducta:

Para que una conducta sea considerada disruptiva o problemática, debe satisfacer los siguientes criterios:

1. La conducta produce un daño al niño o a las personas que le rodean.

2. Estas conductas interfieren en las actividades educativas programadas para el desarrollo del niño.

3. La conducta reviste un riesgo físico o psíquico para el niño u otras personas.

4. La presencia de estas conductas imposibilita el paso del niño a entornos menos restrictivos.

Hoy en día, consideramos que estas conductas más que considerarse problemáticas, deben considerarse desafiantes. ¿Por qué? Porque ante este tipo de conductas, los profesionales se ven obligados a cambiar el entorno y rediseñar sus programas de actividades de manera que el niño y sus conductas tengan cabida en ellos y podamos seguir trabajando en pro del desarrollo del niño que presenta autismo.

Intervención en el ámbito familiar:

Es imprescindible que exista una relación fuerte y estrecha entre la familia y los profesionales que trabajan con el niño. Uno de los objetivos de esta relación y coordinación es que ambas instituciones sigan las mismas pautas educativas. Para ello, se enseña a los padres cuál es la manera más adecuada de actuar ante las diversas situaciones de la vida cotidiana

y a la hora de educar a su hijo. Todos consideraríamos una pérdida de tiempo que en la escuela se enseñase al niño a no chillar y que, en su ambiente familiar, esta conducta no sea castigada. Si hogar y escuela no siguen el mismo "guión", el trabajo de una y otra será completamente inefectivo. Finalmente, otro de los objetivos importantes de esta coordinación es que las familias reciban el apoyo psicológico o a nivel de recursos materiales y conocimientos que precisen. Nos encontramos con familias que no han sido enseñadas para educar  a un hijo con un problema como el autismo y que, seguramente, puedan sentirse frustradas o deprimidas y ansiosas.

## 9.5 Alumnado con hiperactividad

El término Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) denomina un patrón persistente de funcionamiento que se caracteriza por la falta de atención, el exceso de actividad y la impulsividad. En el manual diagnóstico DSM-IV y en su revisión actual (DSM-IV-TR), este trastorno está incluido en el apartado de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, más concretamente en el grupo de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante.

Siguiendo el CIE-10 (Manual de diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud, OMS), este síndrome de denomina Trastorno de la actividad y la atención y está comprendido dentro del grupo de trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y en la adolescencia. Específicamente, se incluye dentro del subgrupo de trastornos hipercinéticos, que contempla cuatro entidades diagnósticas: el Trastorno de la actividad y de la atención, el Trastorno hipercinético disocial, otros trastornos hipercinéticos y el Trastorno hipercinético sin especificación.

Ambos sistemas diagnósticos consideran que son tres las características fundamentales de este trastorno, as saber:

1. Déficit de atención, interpretado como un estilo conductual de cambio frecuente de actividades.

2. Presencia de hiperactividad, entendida como exceso de actividad o movimiento en situaciones que requieren calma.

3. Impulsividad, que se refiere a un estilo de conducta demasiado rápido y precipitado.

Centrándonos en el DSM-IV, este sistema diagnóstico distingue tres subtipos de TDAH. Éstos son los siguientes:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (TDAH/C): los niños con este diagnóstico son los que plantean una mayor problemática. Sus manifestaciones propias afectan no sólo al comportamiento sino al aprendizaje lo que conlleva un mayor riesgo de presentar dificultades de ajuste personal y social. Presentan comportamientos agresivos, baja regulación emocional y un elevado grado e intensidad de conductas positivas y negativas.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (TDAH/I): los niños diagnosticados dentro de este subtipo presentan un déficit en la rapidez con la que se procesa la información. Manifiestan un estado de alerta y vigilancia inconsistente y un tempo cognitivo lento, lo cual hace que sean considerados niños vagos y perezosos. Respecto a su conducta social, se trata de niños más pasivos, con un conocimiento social limitado y no manifiestan problemas de control emocional.

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, del tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (TDAH/H-I): este subtipo se encuentra fundamentalmente en niños preescolares, pudiendo ser un precursor del subtipo combinado. Estos niños experimentan una alteración global en su comportamiento.

A continuación, vamos a profundizar en los aspectos esenciales que caracterizan este trastorno. Como hemos dicho, los síntomas centrales son la falta de atención, el exceso de actividad y la impulsividad. Estos tres síntomas dificultan el rendimiento escolar y aprendizaje del niño así como su integración social. Veamos cada una de estas tres características principales por separado:

- La atención:

  La atención del niño hiperactivo es muy dispersa y se ve alterada ante la presencia de cualquier estímulo. En la escuela, es el clásico ejemplo del niño que, a los pocos minutos de iniciar una tarea propuesta por el profesor, levanta la vista al frente, mira a los lados o se pone a charlar con algún compañero, dejando desatendida la actividad apenas iniciada. Los problemas atencionales pueden afectar a distintos aspectos tales como la vigilancia, la atención focalizada, la atención dividida, la atención sostenida y la atención selectiva. Las deficiencias en la vigilancia afectan a la hora de responder a una información importante o a una instrucción, no pudiendo actuar o responder en consecuencia por ejemplo, el niño no puede seguir las instrucciones de su profesora sobre cómo realizar una operación matemática). Los déficits en la atención dividida suponen dificultades para realizar dos actividades simultáneamente (por ejemplo, mirar un esquema del libro a la vez que el profesor explica la lección). También pueden darse problemas en estos niños a la hora de focalizar su atención, lo que produce que, en determinados momentos, parezca que el niño no se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor. Cuando hablamos de problemas en la atención selectiva nos referimos a la incapacidad para seleccionar los estímulos más relevantes en una determinada situación. Por último, estos niños parecen manifestar, sobre todo, problemas en lo referente a la atención sostenida, es decir, incapacidad para permanecer en una misma actividad el tiempo necesario para realizarla adecuadamente. Son alumnos que no pueden mantener su atención cuando la tarea es larga. En general, podemos decir que son personas menos capaces de mantener el mismo grado de compromiso en las tareas que otras personas. Su concentración se pierde, sobre todo, cuando la tarea es rutinaria o no suscita el interés del alumno.

- La impulsividad:

  Este término se refiere a la rapidez excesiva en el procesamiento de la información, un fracaso en esperar a emitir una respuesta hasta que se haya reunido la información suficiente. Los niños con TDAH son impacientes, tienen dificultad en la demora de las gratificaciones, les cuesta respetar los turnos de habla e interrumpen frecuentemente a los otros. No son capaces de controlar sus acciones y pararse a pensar antes de actuar, no teniendo en cuenta las consecuencias que puedan derivarse. Debido a su escaso autocontrol, suelen incumplir las normas básicas del hogar y de casa, lo que les supone muchos castigos y una gran tensión tanto en la escuela como en la familia. Tanto los padres como los profesores dicen "no saber qué hacer ya con este niño". Estos niños con conductas impulsivas siguen el lema: Deseo algo y actúo para conseguirlo.

- La hiperactividad:

  Se entiende como una excesiva actividad motora que sobrepasa los límites normales para su edad y nivel madurativo y que se manifiesta por una necesidad de moverse continuamente, acompañado de un bajo autocontrol corporal y emocional. Los síntomas de esta hiperactividad son: movimientos constantes de pies y manos, se levantan constantemente, les cuesta jugar a actividades tranquilas, corretean sin cesar por todos los sitios, hablan en exceso. En preescolares con TDAH, las conductas que más diferencian a estos niños de sus compañeros son su actividad motora gruesa, los pequeños movimientos, interferir en clase y levantarse constantemente de su asiento. A partir de los 9 años de edad, esta hiperactividad motriz se manifiesta mediante excusas constantes para poder ponerse de pie, enseñar las tareas al profesor una y otra vez, buscar cosas incesantemente en la mochila, preguntar y hablar al compañero de pupitre, ir al baño o levantarse a sacar punto al lápiz o tirar algo a la papelera.

Existen diferencias por razón de género. En el caso de las niñas, su hiperactividad motriz siempre es más ligera y relajada que la de sus compañeros varones. De hecho, en ocasiones, su hiperactividad pasa desapercibida ante la actividad más descontrolada de los chicos.

Esta hiperactividad tiende a disminuir con la edad, de tal manera que, a los 12 años, las diferencias entre estos alumnos y sus compañeros disminuyen.

Los profesores y padres se preguntarán, ¿y qué puedo hacer yo ante este niño? ¿Hay posibilidad de controlarlo? En algunas ocasiones parece que nos van a volver locos, pero os presentamos una serie de instrucciones que podéis seguir para ayudar a vuestros hijos o alumnos hiperactivos. Las directrices básicas a seguir son:

- Proporcionarles modelos de conducta tranquila y reposada.

- Hacer que el niño que tome conciencia de sus dificultades para permanecer sentado o quieto.

- Ayudarle a evitar las situaciones que le causan descontrol.
- Exigirle autocontrol, siempre en la medida de sus posibilidades reales.
- Entrenarle en autocontrol utilizando autorregistros que permitan que vaya valorando sus progresos.

**Desde el enfoque médico**, la medicación psicoestimulante es el tratamiento más frecuentemente utilizado en estos sujetos. Estudios comparativos (Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996) muestran que un 80% de los niños y niñas tratados con psicoestimulantes responden positivamente. El resto, o no responde o presenta efectos secundarios graves. A pesar de los efectos positivos a corto plazo de esta medicación y su bajo coste, el uso de estos estimulantes está rodeado de controversia. Por un lado, se puede producir el fracaso de la medicación; por otro lado, pueden aparecer efectos secundarios y, por último, puede que los niños experimenten preocupaciones innecesarias al estar sometidos a un tratamiento. Actualmente, los psicoestimulantes son los fármacos más utilizados para el tratamiento del TDAH. Entre éstos, destacan: el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina. Los psicoestimulantes deben su nombre a su capacidad para incrementar el estado de arousal o vigilancia del sistema nervioso central. Son conocidos también como agonistas de las catecolaminas. En nuestro país, se prescriben hoy en día dos medicamentos: metilfenidato (nombre comercial Rubifén) y la pemolina mafnésica (nombre comercial Ramilán). En el tratamiento de este trastorno se han utilizado también antidepresivos y ansiolíticos pero sus efectos y eficacia no está aún muy documentada. Los efectos beneficiosos a corto de la medicación estimulante son el incremento de la atención y el rendimiento en tareas que requieren concentración y atención selectiva y la disminución de la hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, a largo plazo los efectos beneficiosos de la medicación sobre el aprendizaje y la conducta no se mantienen. Los efectos adversos de la medicación son, generalmente, poco importantes y transitorios. Los más frecuentes y de aparición a corto plazo, suelen desaparecer a las pocas semanas del inicio del tratamiento e incluyen: insomnio, disminución del apetito, pérdida de peso, irritabilidad, ansiedad, dolor abdominal y llanto fácil. El efecto secundario más frecuente a largo plazo es el retraso en el aumento de peso y estatura. Estos efectos tienden a desaparecer. Por todo ello, la medicación debe ser recetada y supervisada por un médico profesional para poder tener en cuenta todos los aspectos.

**Desde el enfoque psicoeducativo**, la intervención debe realizarse dentro de los ambientes en los que se desenvuelve el niño así como implicar a aquellas personas que interactúan en mayor medida con el niño/a, es decir, los padres, hermanos, cuidadores y profesores. Podemos diferenciar tres corrientes con respecto al modo de intervención.

En primer lugar, la corriente conductual cuyo objetivo principal es formar a padres y profesores en conocimientos generales sobre el TDAH y procedimientos (derivados, en su mayoría, del condicionamiento operante, con el fin de comprender y dirigir mejor los problemas de comportamiento de sus hijos y alumnos. El tratamiento de la hiperactividad, desde esta perspectiva, ha estado muy influido por el énfasis otorgado en cada momento a la conceptualización de los síntomas que configuran el trastorno. En los años 60, la hiperactividad se concebía como un problema eminentemente conductual, caracterizado por un exceso de

actividad motriz. Las primeras intervenciones conductuales fueron la administración de refuerzo positivo y el coste de respuesta. El procedimiento básico para reducir las conductas problemáticas consistía en ignorar dichas conductas y reforzar positivamente aquellas conductas deseables. Durante esta época tuvieron gran relevancia dos estrategias de intervención dirigidas a controlar las variables ambientales del entorno de estos niños. La primera estrategia, basada en la Teoría de la reducción de estímulos, defiende que el niño hiperactivo está sometido a una sobreestimulación ambiental y es incapaz de controlar los estímulos que provienen del exterior, lo que provoca su respuesta excesiva. Bajo esta premisa, la estrategia de intervención utilizada consistía en colocar a los niños en cubículos donde no hubiese apenas estímulos o rodearlos de ambientes poco atractivos. El objetivo era ayudar al niño a controlar su conducta restringiéndole al máximo los estímulos que puedan llegar a sobreestimularlo. La segunda estrategia, basada en el Programa extra de educación física de Krauch, considera que el niño hiperactivo tiene una sobrecarga de energía que debe liberar, ya que, de lo contrario, no conseguirá quedarse quieto. Así se diseñó la “clase dirigida”, en la que la jornada escolar se dividía en periodos de 15 a 20 minutos, con actividades diferentes en cada momento, combinado con un sistema de recompensa de puntos para reforzar la conducta del niño cuando finalizaba su tarea. Durante la jornada escolar, también se programan momentos para practicar deporte o cualquier actividad física de manera que, el niño hiperactivo liberase su energía.

Otra de las estrategias de corte conductual es el entrenamiento a padres. Con esta intervención se persigue el objetivo de hacer disminuir las conductas desajustadas de estos niños, utilizando a sus padres a modo de coterapeutas. El terapeuta enseña a los padres un conjunto de técnicas destinadas a fomentar la aparición de conductas deseables y disminuir aquellas indeseables, para que puedan ser puestas en práctica también en el hogar.

Podemos decir que, los resultados de los estudios demuestran que las técnicas conductuales resultan muy eficaces en el tratamiento de la hiperactividad, aunque por sí solas, son insuficientes.

Por su parte, la corriente cognitiva presenta como objetivo principal de tratamiento el enseñar a los niños con TDAH técnicas de autocontrol y resolución de problemas ya que, se considera que esta carencia de autocontrol es un aspecto central en estos trastornos. Los procedimientos más utilizados son: técnicas para aumentar la autorregulación, administración de autorrecompensas y autoinstrucciones. Las primeras aplicaciones de intervenciones cognitivas con estos niños fueron llevadas a cabo por Bandura, Meichenbaum, Spivack y Shure. Bandura se centró en el estudio de la influencia de la observación de modelos agresivos o cooperativos sobre el comportamiento de los niños. Por su parte, Meichenbaum estudió la aplicación del entrenamiento en autoinstrucciones en la modificación de conducta con niños que presentaban conductas agresivas e impulsivas. Finalmente, Spivack y Shure estudiaron la aplicación del entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales con niños desde preescolar hasta la adolescencia.

El éxito que estas técnicas cognitivas tuvieron en un principio se vio frustrado por la incapacidad de los investigadores para conseguir que las habilidades adquiridas en la clínica se

generalizasen a los ambientes en donde los niños desarrollaban su vida cotidiana, lo que hacía de estos entrenamientos cognitivos, poco funcionales y generalizables.

Por último, la corriente denominada cognitivo-conductual, comparte y combina los objetivos y procedimientos de los dos enfoques anteriores. Como hemos visto, surge por los problemas de generalización de las técnicas terapéuticas cognitivas. Así, se consideró la idea de combinar el entrenamiento operante con las técnicas de corte cognitivo. La aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales en niños con TDAH se centra en cinco puntos:

1. Eliminar la conducta desobediente tanto en la escuela como en casa.
2. Desarrollar habilidades socio-cognitivas.
3. Mejorar el autocontrol del niño.
4. Mejorar sus habilidades sociales.
5. Mejorar la relación entre las instituciones familia y escuela.

Estas estrategias de intervención se dirigen tanto al niño/adolescente como a sus padres y profesores. Las intervenciones que se dirigen al niño o adolescente se basan en la combinación de entrenamiento en resolución de problemas, autoinstrucciones, modelamiento, autoobservación, autorrefuerzo y coste de respuesta. Los tratamientos en los que participan los padres tratan de controlar las conductas disruptivas de sus hijos y fomentar la aparición de conductas más adaptativas y socialmente aceptables. En el ámbito escolar se utilizan procedimientos de control de contingencias en los que se combina la economía de fichas, el coste de respuesta, los contratos de contingencias y el tiempo fuera. Con la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales se mejora la conducta social del niño, su trabajo académico y se aumenta su autoestima.

Antes de finalizar este apartado, es importante hacer una reseña a los denominados Tratamientos integrados. Suponen la unión de las terapias cognitivas, conductuales y el tratamiento farmacológico. Este tratamiento fue ya propuesto en la década de los 70 por autores como Safer y Allen, consolidándose desde entonces hasta llegar a representar en la actualidad la apuesta más prometedora. Esta combinación de tratamientos se considera la más adecuada en los casos de hiperactividad severa. En ellos, la medicación, de efecto rápido, reduce las alteraciones más graves del trastorno para, después poder ir introduciendo las técnicas cognitivas y conductuales. Todo esto pone de manifiesto que, actualmente, las diferentes técnicas no son suficientes por separado. Por ello, la estrategia más adecuada es su combinación, buscando que los resultados en el niño sean beneficiosos y a largo plazo.

## 9.6 Alumnado con sobredotación

Cuando hablamos de alumnos o alumnas con sobredotación intelectual, hablamos de un tipo de alumnado con unas necesidades educativas concretas. Aunque este tema suscita gran interés, paradójicamente, se ha estudiado poco y no es mucha la documentación que

tenemos sobre alumnos superdotados. Siempre ha existido la idea de que, al ser un grupo con alto nivel intelectual, no necesitan ayudas educativas y no presentan unas necesidades educativas especiales. Sin embargo, como se ha dicho al inicio de este apartado, este alumnado también posee unas necesidades que debe recibir desde nuestro sistema educativo. ¿Qué es un alumno superdotado? ¿Qué características presenta? En primer lugar, existe cierta controversia a la hora de definir el término sobredotación.

Según J. Renzulli, podemos hablar de tres conjuntos de características que definen a un alumno superdotado:

1. Su capacidad intelectual es superior a la media y presentan un alto rendimiento escolar.

2. Su alto nivel de creatividad. Son alumnos originales, ingeniosos, novedosos y fuera de lo normal.

3. Su alto grado de dedicación en las tareas. Son alumnos perseverantes que dedican mucho tiempo a la resolución de una tarea. Ponen gran interés en sus deberes y presentan afán de logro.

Siguiendo al Departamento Americano de Educación y Salud, la definición de superdotación incluye seis criterios:

- Excelencia académica general.

- Aptitudes específicas.

- Pensamiento productor.

- Liderazgo.

- Talento en las artes visuales y físicas.

- Habilidad psicomotriz.

De la definición anterior se entiende que, para hablar de superdotación, no es sólo necesaria la existencia de un cociente intelectual alto. Hablamos de niños y niñas que presentan una gran precocidad en su desarrollo general o en el desarrollo de aptitudes específicas.

Veremos ahora cuáles son las características de estos niños en diferentes áreas.

<u>Comportamiento</u>

En lo que respecta al comportamiento, su nivel académico es muy alto. Desde sus primeros años de vida son niños muy activos que demuestran gran interés por lo que les rodea. Duermen menos de lo normal. Una vez han adquirido el lenguaje, lo utilizan de una manera más satisfactoria que los demás niños de su misma edad. Comprenden todo con facilidad e imitan fácilmente el comportamiento de los adultos.

Una vez llegan al colegio, estos niños aprenden mejor, antes, más deprisa y, a veces, de una forma cualitativamente diferente que la mayoría de sus compañeros de clase.

Sin embargo, estos niños pueden presentar un rendimiento académico bajo debido a que en clase se sienten aburridos porque lo que se está explicando en ese momento no le llama la atención ni es de su interés.

Aspecto físico

Su salud y desarrollo físico es superior al resto de bebés desde su nacimiento. Comienzan a nadar y a hablar antes que los demás niños. No hay diferencias en lo que respecta a su peso y talla. Los trastornos del sueño que pueden presentar son debidos más a las expectativas y a la presión de sus padres que a consecuencias de su C.I.

Adaptación social

Los superdotados gozan de superioridad tanto en el plano intelectual como en otros muchos aspectos de la personalidad y conducta social. Dependiendo del nivel de precocidad intelectual que el niño presente, podemos encontrarnos distintos estilos de adaptación y relación con el entorno:

- Los superdotados cuyo CI es inferior a 150, están bien integrados dentro de su grupo de iguales, siendo, además, los líderes de éste. Son respetados e incluso envidiados por el resto de sus compañeros.

- Por otro lado, los superdotados cuyo CI es superior a 150, presentan una tendencia a aislarse debido al tremendo desfase existente entre sus facultades mentales y las de sus compañeros.

Es muy importante favorecer las relaciones sociales en estos niños pues fomentan su desarrollo, conocimiento del mundo y les hace olvidar la idea de que son “seres marginales y raros”. Estos niños suelen ser emocionalmente estables y presentan una mayor empatía y sensibilidad que los compañeros de su misma edad.

Sin embargo, este tipo de alumnado presenta una serie de problemática asociada a su alto nivel intelectual. Veamos, entonces, cuáles son éstas para poder atenderlas con la mayor precocidad posible si se presentan en nuestras aulas.

1. El Síndrome de Disincronía: por disincronía se entiende la falta de sincronización en el desarrollo intelectual, afectivo, social y motor.

    - Disincronía interna: los niños con superdotación desarrollan de manera irregular algunas de sus características. Distinguimos varios tipos:

        a) Disincronía del lenguaje y razonamiento: los niños con superdotación presentan mayor capacidad de razonamiento que de lenguaje. Ya que su comprensión es muy rápida, dejan de tomar apuntes y memorizar lo que se les está explicando en clase pues, consideran que con escucharlo y entenderlo

es suficiente. Como consecuencia, cuando se les hace preguntas sobre la lección explicada, se muestran más lentos y torpes a la hora de responder. Esta disincronía debe tenerse en cuenta en el aula a la hora de programar el proceso de enseñanza para estos alumnos.

b) Disincronía afectivo- intelectual: la gran capacidad intelectual que presentan estos niños, puede producirles ansiedad y angustia pues, emocionalmente aún son inmaduros para hacerlo frente. El problema se encuentra en que tienen una gran riqueza cognitiva pero no pueden procesarla correctamente por hallarse todavía inmaduros. En estos casos, es importante razonar con ellos y pedirles que nos expongan sus miedos y temores para poder calmarlos.

c) Disincronía intelectual- psicomotora: la mayor parte de los superdotados aprenden prematuramente a leer pero presentan dificultades a la hora de adquirir la habilidad de la escritura, ya que su evolución motora es más lenta que la evolución cognitiva. No debemos "atosigar" a estos alumnos para que empiecen a escribir si todavía no se encuentran preparados pues podemos provocarles estados de ansiedad e insatisfacción.

- Disincronía social:

a) Disincronía en la familia: en muchas ocasiones, los padres no están preparados para responder al torrente de preguntas que genera su hijo intelectual y no saben cómo tratar con el de la manera más efectiva. Esta situación crea una gran angustia en el superdotado, que deberá tomar una decisión: resignarse a no hacer más preguntas que las que sus padres sean capaces de responder o buscar el conocimiento y desarrollo de su intelecto fuera de la familia. En el primer caso, el niño se siente frustrado pues su potencial intelectual pierde posibilidades de desarrollarse. En el segundo de los casos, el niño puede experimentar culpabilidad al buscar fuera del núcleo familiar el conocimiento que no puede adquirir dentro.

b) Disincronía en la escuela: el niño superdotado presenta un desarrollo intelectual superior al del resto de sus compañeros de clase. Si un niño superdotado no es identificado como tal lo antes posible y no se adecua el curriculum educativo a sus características, corre el riesgo de ver mermadas sus capacidades. A la hora de jugar y pasar el tiempo libre, estos niños elegirán a compañeros de su edad para los juegos de exterior (como fútbol, pilla-pilla, chapas, cromos, etc.); mientras que se decantará por alumnos de cursos superiores para conversar.

2. <u>El Efecto Pygmalion Negativo</u>: este efecto se produce cuando un niño con superdotación no es identificado ni diagnosticado correctamente. Ni padres ni profesores se han percatado de las capacidades intelectuales del niño. ¿Cuál es la consecuencia? Como los padres y profesores no tienen altas expectativas en el rendimiento de

dicho niño, éste cae en la conformidad, no desarrollando su potencial intelectual. Así, estos niños, se aburrirán en la escuela y, sólo prestarán atención a aquellas actividades que les  parezcan interesantes; con un bajo rendimiento en aquellas tareas más sencillas.

Puede ocurrir también que el niño se sienta mal o culpable por su "don" y quiera parecerse lo más posible a sus compañeros, en un intento por no ser el diferente o marginado de su clase. De esta manera, bajará su rendimiento para que esté a la altura del resto de los niños y permanecer desapercibido.

Conocido todo lo anterior, ¿qué aspectos debemos atender descubrir si nuestro hijo pudiera ser superdotado? ¿A qué deben prestar atención los profesores cuando interactúan con sus alumnos para descubrir posibles casos de alto rendimiento intelectual? Presentamos, a continuación, las características que presentan los niños con sobredotación y que pueden servirnos como criterios a la hora de realizar una observación o diagnóstico.

1. El lenguaje del niño: su vocabulario es muy amplio, sus palabras precisas y utiliza frases de complejidad alta para su edad cronológica.
2. Tipo de preguntas que realiza el niño en clase: son preguntas originales que demuestran un gran razonamiento por parte del niño, son maduras y complicadas. El resto de los niños del aula no realiza preguntas de este nivel.
3. El niño comunica y transmite sus ideas y pensamientos de manera coherente.
4. Posee grandes conocimientos en una o varias áreas específicas de la realidad o en alguna o algunas asignaturas académicas.
5. Utiliza estrategias y formas originales a la hora de resolver los problemas que se le presentan.
6. El niño suele tener aficiones o le encanta coleccionar distintos tipos de cosas de forma metódica.
7. A la hora de hacer sus tareas y deberes, es constante y perseverante. Nunca deja una tarea sin terminar hasta que no encuentra la manera de finalizarla. Podemos decir que, por muy difícil que sea la actividad, el niño no se rinde. Lo concibe como un reto.
8. Es muy crítico y perfeccionista consigo mismo y con todo lo que hace.
9. Tiene preferencia por buscar actividades muy complicadas y poco corrientes.

A nivel psicométrico, contamos con una serie de pruebas y baterías de tests que pueden ayudarnos a la hora de realizar un diagnóstico más científico y basado en la estadística. Se recomienda la utilización de las tres pruebas siguientes:

- The Stanford-Binet Test of Intelligence
- The Wechsler Intelligence Scale for Children- Revised (WISC-R)
- The Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI)

Ni decir queda que, estas herramientas deben ser aplicadas e interpretadas por profesionales que cuenten con los conocimientos y la experiencia para realizar un diagnóstico correcto.

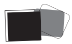
¿Qué medidas ofrece nuestro sistema educativo actual para atender a los niños con altas capacidades intelectuales? La Ley Orgánica de Educación (L.O.E) expone lo siguiente: "El Gobierno, de acuerdo con las Comunidades Autónomas, establecerá las normas para flexibilizar la duración de los diversos niveles y etapas del sistema educativo para los alumnos con altas capacidades intelectuales, con independencia de su edad".

Veamos entonces cuáles son las posibles medidas que pueden establecerse en los centros para atender a este alumnado con sus necesidades educativas.

En primer lugar, encontramos la aceleración, que consiste en adelantar uno o dos cursos al alumno hasta situarlo en el nivel de competencia curricular más acorde con sus conocimientos y nivel. Es una manera de atención sencilla y de rápida y económica aplicación que permite aprovechar los recursos e infraestructura escolar existentes. Es una medida adecuada para aquellos alumnos superdotados que gocen de una alta madurez afectiva y emocional. Si no tenemos en cuenta el aspecto de madurez del alumno, esta medida presenta dos grandes inconvenientes: por un lado, avanzar cursos puede dar lugar a lagunas de aprendizaje y, por otro, puede provocar una mayor disincronía entre el nivel intelectual y el afectivo. Tenemos que recordar que, un alto nivel intelectual no conlleva un mayor desarrollo físico, emocional y social. Por ello, deberemos tener mucho cuidado con este último aspecto antes de tomar la decisión de utilizar esta medida en nuestro centro.

La siguiente medida de atención a este alumnado se denomina agrupamiento y consiste en formar grupos, de manera flexible o fija, con un currículo educativo enriquecido y diferenciado. Este agrupamiento puede llevarse a cabo de diversas formas: desde la creación de centros especiales para este alumnado hasta la formación de grupos de aprendizaje dentro de la propia aula o la creación de grupos interniveles dentro del centro escolar. En España, no existen centros especiales para estos alumnos, al menos de manera formal. Existen quienes consideran estos centros como burbujas donde los niños con altas capacidades intelectuales adquieren un muy alto nivel académico y pueden alcanzar su mayor potencial pero, están marginados del resto de la sociedad. Como consecuencia, las habilidades sociales de estos chicos y chicas cuando salgan al mercado laboral o se relacionen con su contexto, llegarán a ser un handicap. Es más adecuado que sean conscientes de la pluralidad de personas que existen en nuestra sociedad y sean capaces de interactuar positivamente con ellas.

La posibilidad de agruparlos en aulas especiales durante algunas horas del horario lectivo, permaneciendo el resto del tiempo con su grupo ordinario, permite trabajar con ellos aspectos curriculares que no pueden tratarse dentro del aula ordinaria con el resto de sus compa-

ñeros. Sin embargo, estudios realizados muestran que la aplicación de esta alternativa requiere de una gran planificación pues, en caso contrario, podrían aparecer conflictos relacionales entre los alumnos superdotados y sus compañeros e, incluso, entre los profesores.

La tercera y última medida propuesta por nuestro sistema es el enriquecimiento. Esta medida se basa en la individualización de la enseñanza y consiste en el diseño de programas que se ajusten a las características que presenta cada alumno. De esta manera se busca ofrecer aprendizajes más ricos y variados, modificando tanto los contenidos como la metodología de enseñanza-aprendizaje. El enriquecimiento puede plantearse dentro del aula ordinaria o en aulas especiales, a tiempo parcial. El enriquecimiento puede aparecer bajo dos formas: primero, el enriquecimiento horizontal, consistente en la ampliación en extensión de los contenidos de aprendizaje y, segundo, el enriquecimiento vertical, que consiste en la profundización en uno o varios temas de interés para el alumno. Este modelo de medida es el que mejor responde a los principios de integración, comprensividad y rendimiento según las capacidades.

Con lo que hemos visto, podemos decir que el sistema educativo español tiene en cuenta las necesidades educativas especiales de este alumnado. Inicialmente este alumnado no era atendido formalmente por considerar que, a mayor capacidad intelectual, menores problemas existirán para desenvolverse en el mundo académico. Así, se dejaba a este alumnado dueño de su aprendizaje y no se tenía conciencia de los grandes problemas que sufrían dentro de las aulas. Hay que señalar que, para lograr el desarrollo de sus capacidades, estos chicos y chicas necesitan ayuda y no segregación. Su inteligencia no les hace progresar por sí solos, sin la ayuda de adultos profesionales, como algunos podrían pensar. Necesitan de profesores que conozcan sus capacidades, características y necesidades educativas. Los profesores de estos alumnos deberán tener siempre presente los siguientes aspectos:

- Ofrecerles oportunidades para que sean originales e innovadores.
- Entender que sus necesidades básicas (cariño, respeto, comprensión, etc.) son las mismas que las del resto de sus compañeros.
- Prestar atención no sólo a sus necesidades intelectuales sino también a las psicológicas y sociales.
- Ofrecerles muchas oportunidades de estimulación.
- Respetar sus ideas y sus preguntas, aunque resulten inusuales.

La conclusión a la que debemos llegar los profesionales de la educación y la psicología es la importancia de diagnosticar y reconocer precozmente al niño superdotado para ayudarle en su desarrollo y adecuar el currículo educativo a sus características. Finalmente, hemos pedir siempre la colaboración de los padres o tutores de estos alumnos pues, trabajando estrechamente, conseguiremos nuestros objetivos con mayor facilidad y, el niño, se sentirá más feliz y más cómodo.

## 9.7 Trastornos del lenguaje

El último apartado de este capítulo 9 queda dedicado a los Trastornos del lenguaje. Seguramente habremos oído hablar muchas veces de ellos o, incluso, los padecemos o padecimos en la infancia. La intención de estas líneas es ofrecer información sobre estos trastornos, sus características, sus implicaciones educativas y, lo más importante, sobre cómo intervenir a nivel educativo para que los niños puedan desarrollar un aprendizaje adecuado a pesar de padecer estas dificultades.

Para empezar, es imprescindible conocer cómo es el desarrollo normal del lenguaje en los niños. Las capacidades lingüísticas presentes en los seres humanos han intrigado a filósofos y psicólogos en todos los tiempos. Por ello, se han realizado multitud de estudios sobre esta capacidad, además de habérsela relacionado con aspectos como el pensamiento, el aprendizaje y la cultura. En el estudio del lenguaje, los cambios más profundos aparecieron a finales de los años cincuenta con los trabajos de Noam Chomsky. Chomsky publicó en 1957 su libro *Estructuras sintácticas,* donde pone de relieve el carácter creativo del empleo del lenguaje por los hablantes. Con ello, quiere decir que los hablantes de una determinada lengua pueden entender y producir infinitas oraciones que no han oído antes, haciendo un uso infinito de medios finitos.

Por su parte, Piaget aunque no ha estudiado la adquisición del lenguaje, sí se ha ocupado del papel que juega el lenguaje en el desarrollo cognitivo de la persona. Este autor sostiene que, tanto el lenguaje como el pensamiento, tienen su origen en las acciones sensorio-motoras.

Estudios posteriores sobre la génesis lenguaje han puesto de manifiesto que existen una serie de mecanismos prelingüísticos que contribuyen a la adquisición del lenguaje por parte de los niños. Tamir, en su obra *Language development: New directions, 1979,* expone lo siguiente:

1º. En la interacción niño-madre, se establecen formas de comunicación desde las primeras semanas de vida, constituyendo lo que se denomina "protoconversaciones".

2º. Los enunciados, además de su contenido proposicional, tienen una fuerza inlocutiva o intencional. Parece que hay una comunicación intencional antes de que exista el lenguaje propiamente.

3º. Los estudios sobre las estrategias que los niños utilizan para comprender el lenguaje muestran que éstos emplean estrategias semánticas y que, incluyen el conjunto de la situación frente a estrategias puramente sintácticas.

El lenguaje es mucho más que un conjunto de palabras y de relaciones entre éstas. Ante todo, tiene una función comunicativa. Desde que el bebé nace se encuentra en un ambiente lingüístico, es decir, un contexto en el que está expuesto al habla de otras personas. Sus padres le hablan mientras lo alimentan, lo bañan, lo visten, etc., y otros adultos y niños de su entorno también hablan dirigiéndose al bebé.

Lo primero que aparece en el bebé es su grito al nacer que, durante el primer mes, se transformará en un grito emocional. Esto ya se considera lenguaje pues tiene una finalidad comunicativa: hacer saber a sus cuidadores que tiene hambre, sueño, frío o quiere que le limpien. A partir de los 3/4 meses de edad, aparecen los balbuceos. Al balbucear, los bebés comienzan produciendo sonidos guturales- como *g* y *k*- pasando luego a las consonantes oclusivas- tales como *b*, *p* y *d*-. Esta secuencia de producción es semejante en todas las lenguas lo que parece indicar que se trata de una capacidad no adquirida ambientalmente. Esta idea viene también apoyada por el hecho de que durante los cuatro o cinco primeros meses de vida de los niños sordos de nacimiento producen los mismos balbuceos que los niños sin problemas auditivos.

Ya a los 5 y 6 meses de edad comienzan a emitir balbuceos que ya podemos considerar lingüísticos dado que, están formados por sonidos frecuentes de la lengua de su entorno. Suelen ser repeticiones de consonante-vocal tipo *babadada*...

Con el tiempo, estos balbuceos son sustituidos por la producción de palabras, donde ya intervienen en mayor medida las influencias ambientales como la imitación del habla de los adultos. Desde el principio, aparecen todas las categorías gramaticales aunque, los nombres que designan objetos, representan más de la mitad. Las palabras que utilizan los niños presentan diferencias en comparación con las de los adultos. Podemos encontrar diferentes tipos de palabras en los niños: primero, las propias del niño o idiosincráticas, como algunas deformaciones que hacen los niños de palabras adultas (por ejemplo, una niña decía *pachús* en lugar de *chupa-chups);* segundo, las onomatopeyas que los niños usan frecuentemente para designar animales (por ejemplo, *guau-guau* en lugar de perro); y tercero, las palabras que son parecidas a las utilizadas por los adultos pero con deformaciones debidas a las dificultades de pronunciación que presentan los pequeños (por ejemplo *Beto,* cuando se refiere a su primo Roberto).

Las primeras combinaciones de palabras tienen lugar hacia los 20 meses de edad. Mediante estas combinaciones, los niños designan no sólo objetos sino también deseos, emociones, peticiones, preguntas, negaciones, localizaciones, etc. A partir de este momento, el aprendizaje de palabras nuevas se da con gran rapidez de manera que, los niños y niñas de dos años y medio saben alrededor de 500 palabras y, 6 meses más tarde, han duplicado este número.

Aproximadamente a los cinco años, ya están adquiridas las reglas fundamentales que rigen el lenguaje y, el habla del niño, se parece mucho a la del adulto. A medida que vaya creciendo, sus nociones sobre su lengua serán mayores y tendrá mayores habilidades lingüísticas hasta llegar a utilizar un lenguaje correcto.

Para finalizar, expondremos la controversia existente sobre la relación lenguaje-pensamiento. Algunos expertos defienden que el desarrollo del lenguaje precede al desarrollo cognitivo y que, éste último, está determinado por el desarrollo lingüístico. Es decir, el lenguaje guía y dirige al pensamiento. Sin embargo, otros autores sostienen la idea contraria, a saber, que el desarrollo del lenguaje sigue al desarrollo intelectual. Por último, existe la posición de que la función del lenguaje no es la misma a lo largo de todo el desarrollo, sino que va cambiando en las diferentes edades.

Actualmente, "las ideas de la independencia del lenguaje y el pensamiento y la de que el desarrollo del lenguaje determina el desarrollo del pensamiento han sido prácticamente abandonadas en sus formas radicales porque existe una acumulación de pruebas contra ellas abrumadora. Se acepta, en cambio, la idea de que el lenguaje se desarrolla a partir del pensamiento y, en general, a partir de toda la actividad del individuo". (*El desarrollo humano,* Juan Delval, 1999).

¿Cuáles son los trastornos del lenguaje que pueden presentar nuestros hijos y alumnos? Antes de exponer cómo podemos intervenir antes éstos, definamos qué entendemos por este concepto y describamos cuáles son.

A la hora de realizar una definición, el primer problema con el que nos encontramos es determinar cuál es el límite entre el lenguaje "normal" y aquel "patológico". De manera general, entendemos que una persona presenta un lenguaje normal cuando emplea las palabras apropiadamente, su tono y prosodia (ritmo) es el adecuado a su edad y sexo, la entonación de la frase es coherente con el contenido del mensaje y la pronunciación de los diferentes fonemas es correcta. En el caso de que se presentes problemas con los aspectos anteriormente mencionados, podemos encontrarnos ante un caso de trastorno del lenguaje. Sin embargo, este diagnóstico no podemos hacerlo a la ligera. Desde el punto de vista fisiológico, el habla normal es aquella que se produce sin ninguna alteración en su dinámica anatómica y funcional. Según la lingüística, hablamos de habla normal cuando se ajusta a la norma tradicional impuesta por la cultura que rodea al individuo.

El término Trastorno del lenguaje se utiliza para diagnosticar a niños que desarrollan aspectos selectivos en su lenguaje nativo en una forma lenta, limitada o de manera desviada, cuyo origen no se debe a la presencia de causas físicas o neurológicas demostrables, problemas de audición, trastornos generalizados del desarrollo ni a retraso mental. En ocasiones, los distintos tipos de este trastorno se presentan de forma simultánea. Se relacionan también con un menor rendimiento escolar, problemas emocionales y sociales.

Describamos ahora los principales trastornos del lenguaje y las maneras que conocemos para intervenir de la manera lo más efectiva posible.

### 1. Dislalia

Es una alteración en la articulación de los fonemas que tiene como consecuencia dificultades a la hora de pronunciar las palabras, debido a causas orgánicas, funcionales o psicosomáticas. Los niños que presentan dislalias hacen sustituciones de sílabas. Es un problema bastante común en niños con edades comprendidas entre los 5 y 8 años. Podemos distinguir los siguientes tipos de dislalias:

a) Dislalia evolutiva: se trata de una anomalía articulatoria que se presenta durante las primeras etapas del desarrollo del habla y que se considera no patológica pues el niño aún no puede emitir correctamente la totalidad de los fonemas de su lengua ya que se encuentra en plena fase de adquisición del lenguaje. Debería desaparecer a los 6/ 7 años de edad, tras lo cual, pasa a considerarse patológico.

b) Dislalia funcional: este tipo de dislalia no está justificado por la presencia de un trastorno físico u orgánico. Los niños con  dislalia funcional tienen errores de dicción semejantes a aquellos se presentan durante las etapas de adquisición del lenguaje. Sus errores más comunes son las sustituciones y distorsiones de los fonemas posiblemente debido a una incorrecta organización de su sistema fonológico.

c) Dislalia audiógena: en este caso, los problemas articulatorios son producidos por deficiencias auditivas puesto que, el niño no es capaz de reconocer adecuadamente los sonidos semejantes. Entre las medidas a tomar se encuentran el uso de prótesis auditivas y la intervención pedagógica para enseñar a desarrollar la discriminación auditiva, articulaciones ausentes y lectura labial, entre otros aspectos.

d) Dislalia orgánica: aquí nos referimos a los trastornos de articulación motivados por alteraciones orgánicas.

El tratamiento de este trastorno se aborda utilizando, principalmente, dos estrategias, a saber: intervención indirecta e intervención directa. La intervención indirecta tiene como finalidad lograr la maduración de los órganos fonatorios mientras que, por su parte, la intervención directa busca la articulación del fonema-problema y la generalización de éste para su uso en el lenguaje espontáneo.

Vamos a profundizar en la primera de las intervenciones que hemos mencionado: la indirecta. Esta intervención propone una serie de ejercicios a realizar antes de la intervención directa y, posteriormente, de manera paralela. No es necesario realizar la totalidad de los ejercicios existentes, más adecuado es seleccionar aquellos que guardan relación con la causa de la dislalia. Los ejercicios de los que hablamos son los siguientes:

1. Ejercicios de soplo:

    - Apagar velas, soplar un silbato, inflar globos, tocar melodías con la flauta o la armónica.

    - Soplar una vela expulsando el aire necesario para mover la llama sin llegar a apagarla.

    - Hacer burbujas o pompas de jabón, soplar un molinillo, mantener una pluma en el aire.

    - Mover figuras colgantes y desplazar objetos rodantes a través del soplo.

2. Ejercicios de respiración:

    El objetivo de estos ejercicios es lograr la coordinación entre la inspiración-pausa-espiración. Pueden realizarse bien situando al niño tumbado en una colchoneta o de pie. Se debe aconsejar a los padres que vistan a su hijo con ropa ligera y cómoda que permita la ejecución de los ejercicios con libertad. Entrenaremos al niño para inspirar nasalmente de manera profunda y regular (podemos decirle que simule que está oliendo una flor o su comida favorita), reteniendo el aire unos segundos para, pos-

teriormente, espirar a través de la boca. Podemos también introducir ejercicios donde la espiración sea nasal. Para que el niño perciba y sea consciente de los movimientos que está realizando en su respiración, es útil colocar un objeto ligero sobre su abdomen o sus propias manos. Así será más fácil que pueda repetir estos ejercicios en su casa diariamente sin la necesidad de nuestra presencia para guiarle. Una vez el niño ha automatizado esta respiración costo-diafragmática, le enseñaremos a realizar los siguientes ejercicios:

- Inspiramos nasalmente de manera lenta y profunda seguida de una espiración nasal de las mismas características.
- Inspiración nasal lenta y profunda, cambiando a una espiración de tipo bucal.
- Inspiración nasal lenta y profunda, retención del aire y espiración. En este caso, la espiración será cada vez más lenta, teniendo un mayor control de la cantidad del aire que soltamos. Comenzaremos contando del 1 al 3 hasta realizar completamente la espiración e, iremos subiendo con las sesiones a 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 segundos o más. Este último aspecto dependerá de la edad del niño.

3. Ejercicios de mejillas:
    - Pediremos al niño que infle y desinfle repetidamente las mejillas.
    - Mover las mejillas imitando el movimiento de enjuagarse después de lavarse los dientes.
    - Utilizar la lengua para empujar las mejillas hacia afuera.
4. Ejercicios de mandíbula:
    - Abrir y cerrar la boca lentamente.
    - Abrir y cerrar la boca rápidamente.
    - Abrir la poca lentamente y después cerrarla rápidamente.
    - Abrir la boca deprisa y luego cerrarla despacio.
    - Mover la boca como si el niño estuviera masticando.
5. Ejercicios del velo del paladar:
    - Toser.
    - Bostezar.
    - Carraspear.
    - Hacer gárgaras.

6. Ejercicios de lengua:

   - Poner la lengua plana dentro de la boca abierta.
   - Colocar la lengua plana detrás de los incisivos superiores e inferiores.
   - Colocar la lengua delante de los incisivos superiores e inferiores, tocando la encía.
   - Hacer vibrar la lengua entre los labios.

7. Ejercicios de labios:

   - Sonreír con los labios separados.
   - Sonreír con los labios juntos.
   - Fruncir los labios como si lanzase un beso.
   - Morderse el labio superior e inferior.
   - Hacer vibrar los labios.
   - Silbar una melodía.

8. Ejercicios de relajación:

   Se pueden utilizar diferentes estrategias para conseguir la relajación como aprender a respirar, imaginar escenas positivas y agradables para el niño, entrenar la concentración o la Relajación Progresiva de Jacobson. Esta última técnica se basa en entrenar al niño a concentrarse en la sensación que produce la tensión y distensión de los diferentes grupos musculares. Parece ser que el método Jacobson es el más adecuado para el tratamiento de las dislalias.

9. Ejercicios de discriminación auditiva y fonemática: entre los existentes, proponemos los siguientes:

   - Discriminación de la duración de los sonidos: discriminar entre un sonido largo y corto; discriminar entre un sonido continuo o discontinuo; discriminación de secuencias.
   - Discriminación de tonos: entrenar en la discriminación entre un sonido grave, agudo y medio.
   - Discriminación de palabras monosílabas.
   - Discriminación de consonantes con puntos de articulación próximos.
   - Indicar la letra que cambia en la pronunciación de dos palabras parecidas.

- Asociar palabras que riman.

Por su parte, en la intervención directa, debemos tener en cuenta una serie de orientación en nuestras sesiones con el niño:

- Colaborar con los padres y otros profesionales que trabajan en la educación del niño.
- El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, aprovechando la plasticidad de los órganos fonatorios en los niños de corta edad.
- Debemos partir de una buena y correcta evaluación y exploración. Así conoceremos las necesidades específicas del niño y utilizaremos los ejercicios más adecuados para su caso.
- Explicar al niño en qué consiste su problema y cómo vamos a trabajar con él.
- Realizar evaluaciones periódicas para conocer si nuestros ejercicios son eficaces o si es necesario realizar algún cambio en nuestro programa de entrenamiento.
- No utilizar siempre los mismos ejercicios para evitar caer en la monotonía y que el niño pierda motivación por seguir trabajando en las sesiones.
- Reforzar positivamente todos los avances que vaya realizando el niño.

En este tipo de intervención, se hace necesaria la introducción de algunos materiales en las sesiones. El espacio físico debe ser el adecuado, con una colchoneta y un espejo. Son necesarios también un magnetófono, un espirómetro, un ordenador con una serie de programas específicos y un espejo de Glatzel.

## 2. <u>Disartria</u>

Siguiendo a Serón y Aguilar, la disartria son "los problemas de articulación del habla a consecuencia de una lesión cerebral, produciendo una parálisis o ataxia de los músculos de los órganos fonatorios". Además de estos problemas fonatorios, los niños con este trastorno presentan dificultades a la hora de mover los músculos bucales en actividades como masticar o deglutir. El caso más extremo de denomina <u>anartria,</u> en cuyo caso, el niño es incapaz de emitir correctamente ningún fonema.

La intervención en este trastorno ha de comenzarse lo antes posible puesto que, cuanto más pronto aprenda el niño a controlar su habla, mejor será su pronóstico. Esta intervención no es llevada a cabo sólo por el logopeda, sino que abarca diferentes aspectos y a diferentes profesionales, a saber: neurológico, ortopédico, fisioterapéutico, psicológico y escolar. Las diferentes áreas que deben abordarse y trabajarse con el niño en las distintas sesiones son las siguientes:

1. Ejercicios de relajación:

   Lo primero que debemos conseguir, antes de continuar con la intervención, es que el niño se relaje de manera general. El tono muscular debe ser el adecuado para realizar los ejercicios de articulación. Para lograr una mejor relajación de los músculos bucofaciales utilizaremos las siguientes estrategias: mover la cabeza del niño hacia diferentes lados, dar golpes suaves en su cuello y ejercitar las distintas partes que conforman la cara. Las actividades que proponeos son las siguientes:

   - Tumbando al niño en una colchoneta con postura relajada, le pondremos una música muy suave de fondo.
   - En un ambiente tranquilo y relajado, le contaremos al niño pequeños cuentos o historias con voz muy suave y hablando lentamente.
   - Para hacer distinguir al niño los estados de tensión-relajación de los distintos miembros, se le pedirá que apriete fuerte su mano y levante el brazo en actitud tensa, luego se le pedirá que lo suelte y lo coloque apoyado en actitud relajada.
   - En actitud de calma y tranquilidad se le pedirá al niño que relaje los distintos miembros de su cuerpo a tiempo que se hacen sugestiones de tranquilidad, calma y paz.

2. Ejercicios de control bucal, postural y de la alimentación:

   Para una buena articulación fonadora es imprescindible mantener una buena postura por lo que, trabajaremos el control postural del niño para mejorar así su habla. En caso de que fuera necesario, se podrá recurrir a aparatos y prótesis que la mejoren. Por otro lado, cuando comemos, realizamos una serie de acciones que preparan nuestro organismo para la fonación como: succión, masticación y deglución. Trabajando estos aspectos con el niño, su habla se verá mejorada notablemente. Para fomentar el entrenamiento de los músculos bucofaciales, podremos realizar las actividades que presentamos a continuación:

   - Jugar con el niño a hacer pompas de jabón.
   - Se realizarán ejercicios de soplo con pitos, matasuegras y elementos similares.
   - Se le da al niño una botella con agua y una pajita y se le pide al niño que sople y que mire y escuche el ruido de las burbujas.
   - Soplar velas a distintas distancias.
   - Inflar globos.
   - Mantener un globo en el aire a base de soplos.

3. Ejercicios respiratorios:

   En muchas ocasiones, los niños disártricos presentan una respiración de tipo superficial y rápida, es decir, no saben respirar profundamente. Incluso, pueden presentar una respiración invertida. Por todo ello, es muy importante entrenar al niño en el control de su respiración y que tome conciencia de que ésta debe hacerse de manera lenta y profunda y en dos momentos diferentes: inspiración de tipo nasal y espiración de tipo bucal. Los ejercicios que proponemos para trabajar esta área son los siguientes:

   - Hacer que el niño ponga las manos en su vientre para que sea consciente de cómo se hincha éste al inspirar y cómo se deshincha al espirar.
   - Indicar al niño que ponga las manos en su tórax para que perciba como se hincha y deshincha durante la inspiración y la espiración.
   - Colocar al niño de pie y pedirle que levante los brazos hasta la altura de su pecho a la vez que inspira aire a través de la nariz para luego bajarlos lentamente al mismo tiempo que expulsa el aire por su boca.

4. Ejercicios de lenguaje oral:

   En la intervención con el niño disártrico, no sólo nos interesa conseguir que realice una adecuada articulación sino el establecimiento de su capacidad de comunicación con los demás. Así, en las primeras sesiones, aceptaremos producciones verbales sin exigir la perfección siempre que el niño se muestre motivado por comunicarse con nosotros. Con el paso de las sesiones, aumentaremos nuestro nivel de exigencia articulatorio. Los ejercicios que presentamos a continuación son una propuesta de intervención:

   - Pediremos al niño que repita poesías, trabalenguas y cuentos que le hayamos contado en sesiones anteriores.
   - Se le mostrarán fotografías y dibujos para que el niño nombre los elementos que en ellos aparecen.
   - Realizar ejercicios de lectura en voz baja y en voz alta.
   - Mantendremos conversaciones con el niño sobre temas de su interés.
   - Invitaremos al niño a inventarse un cuento o historia para que luego nos lo narre.

### 3. <u>Disfemia</u>

Es una dificultad en el flujo normal del habla que ocasiona repeticiones de sílabas o palabras o paros espasmódicos que interrumpen la fluidez verbal. En este trastorno, no se dan anomalías orgánicas. Es lo que popularmente denominamos tartamudez. Podemos diferenciar tres tipos de Disfemia:

a) Disfemia o tartamudez clónica: se producen breves y rápidas contracciones que ocasionan una repetición compulsiva de sílabas.

b) Disfemia o tartamudez tónica: caracterizada por un habla entrecortada con espasmos que provoca bloqueos en el lenguaje. Este bloqueo se produce en el inicio de ciertos grupos fónicos y salida repentina de la emisión.

c) Disfemia o tartamudez tónico-clónica: es la más frecuenta y, en ésta, se dan las características de las dos anteriores.

El tartamudeo se recoge dentro de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Según este manual, para realizar este diagnóstico, debe cumplirse lo siguiente:

A. Alteración de la fluidez y de la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:

   (1) repeticiones de sonidos y sílabas

   (2) prolongaciones de sonidos

   (3) interjecciones

   (4) palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra)

   (5) bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)

   (6) circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)

   (7) palabras producidas con un exceso de tensión física

   (8) repeticiones de palabras monosilábicas

B. La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

La intervención de este trastorno se realizará teniendo en cuenta su etiología multifactorial y se encaminará a tratar la sintomatología más que el problema en sí. Durante los años de preescolar, parece ser suficiente mantener una entrevista con los padres o tutores del niño para informarles sobre las características del trastorno de su hijo y así evitar conductas indeseables como el estrés y la corrección exigente y ansiosa ante los errores cometidos por el niño al hablar. Antes de que el niño comience Educación Primaria se hace necesario comenzar un tratamiento con el niño, ya consciente de su problema. Antes de exponer los diferentes tipos de estrategias de intervención, daremos una serie de indicaciones que la Fundación Española de la Tartamudez recomienda a la hora de hablar con una persona tartamuda. Estos consejos son los siguientes:

- Evitar al niño hacerle comentarios tipo: "habla más despacio", "relájate", "no te pongas nervioso" o "tranquilízate cuando hables". En vez de ayudar, ponemos al niño más tenso pues se hace consciente de que los demás notan su problema al hablar.

- Hay que ser paciente mientras habla el niño, no terminando de completar sus frases.

- No burlarse, reírse o hacer mofa de la persona tartamuda mientras está hablando.

- Cuando el niño tartamudo salga de su bloqueo y hable fluidamente no debemos decirle: "lo has hecho muy bien", "estás hablando ahora mucho mejor".

- Al hablar con niños con este problema, tenemos que comportarnos como si estuviésemos ante una persona de habla normal, para evitar así que se sientan incómodos.

Los resultados que obtendremos con la intervención dependerán de la metodología utilizada y de su frecuencia y continuidad. El tratamiento suele ser más eficaz cuando su duración es superior a los 6 meses. Ya que, la desaparición total de la tartamudez resulta prácticamente imposible, nuestros objetivos se centrarán en tanto como podamos la sintomatología asociada a la disfemia funcional. Los tratamientos para su intervención son los siguientes:

1. Contracondicionamiento (Azrin y Nunn, 1974): fundamentalmente consiste en producir respuestas incompatibles con la conducta de tartamudeo. El niño debe ser entrenado para interrumpir su habla en el momento de tartamudear, para inspirar profundamente. El programa incluye también los siguientes aspectos: formulación de pensamientos antes de hablar, identificación de situaciones favorables al tartamudeo, períodos de habla cortos, ejercicios diarios de respiración, procedimientos de relajación, exhibición de las mejoras corregidas y apoyo de los familiares y personas próximas. Los autores también resaltan que se debe aprender a reconocer la conducta que precede al tartamudeo de forma que se pueda usar la reacción de competencia incluso para evitar este comportamiento asociado. El sujeto debe aprender un método para poder relajarse cuando se ponga nervioso, especialmente en aquellas situaciones en las que es más fácil que tartamudee.

2. Entrenamiento con metrónomo (Brady, 1968,1969, 1971, 1977): dota al niño disfémico de un ritmo de hablar, al hacer coincidir sus sílabas, palabras o frases con el golpeteo regular de un aparato denominado metrónomo. Una vez conseguida un habla normal, iremos retirando progresivamente el uso de este aparato.

3. Enmascaradores de voz: son aparatos que impiden oír al sujeto su propia voz, con lo que desaparece uno de los feed-back más importantes que mantienen la ansiedad en el niño. El enmascarador es un aparato que consiste en enviar ruidos al oído del disfémico mientras habla, de modo que no escuche su propia voz, dejando de prestar atención a su habla. Progresivamente, con el avance de las sesiones, se reducirá progresivamente la intensidad del ruido.

4. Técnicas de intención paradójica (Ericsson y Franknl, 1973): estas técnicas consisten en obligar al niño a reducir la ansiedad de anticipación, entrenándole antes de iniciar cualquier conversación a efectuar una retención o tartamudeo. Al comenzar a hablar demostrando su problema de tartamudeo, desaparece la ansiedad de tenerlo que ocultar.

5. Ayuda psicofarmacológica: en los casos en los que la ansiedad de anticipación es muy fuerte, puede resultar eficaz la utilización de algún ansiolítico.

6. Empleo del gesto acompañando al habla: se busca que el niño abandone la tensión al hablar, utilizando gestos de manos y brazos de manera armónica. De esta manera abordaremos el aspecto motor del habla, consiguiendo desviar la atención, una actitud más relajada y una desinhibición que favorecerá su fluidez al hablar.

## 4. Mutismo

Se define como el rechazo a hablar en una o más situaciones sociales, a pesar de tener la capacidad de hablar y de comprender el lenguaje. Lo más frecuente es que el niño rechace hablar en la escuela pero no presente problemas en su casa. La gravedad está cuando el niño rechaza hablar en todas las situaciones.

El DSM-IV-TR incluye dentro de sus diagnósticos el de Mutismo selectivo, exponiendo como criterios para su identificación los siguientes:

A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.

C. La duración de la alteración es de por lo menos un mes (no limitada al primer mes de escuela).

D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

¿Cómo podemos intervenir desde el ámbito escolar? Deberemos tener en cuenta las siguientes premisas:

- Las actitudes de sobreprotección que tienen como objetivo ignorar o minimizar el problema del niño, no le favorecen en nada; por el contrario, favorecen e incrementan el mutismo.

- Para superar el mutismo, no es suficiente la utilización de situaciones comunicativas naturales.

- En cada momento de la intervención, se partirá de lo que el niño es capaz de hacer con ayuda.
- Los niveles de exigencia se irán incrementando a lo largo del proceso de intervención.

El objetivo final de esta intervención es que el niño con mutismo sea capaz de interactuar verbalmente de forma espontánea con sus compañeros y el resto de miembros de su entorno familiar y escolar. Dado que en el mutismo se da un miedo exacerbado a hablar, la tarea fundamental del profesorado será establecer una relación afectiva positiva con el niño que le aporte seguridad para enfrentarse a las diferentes situaciones comunicativas.

## 5. Afasia

Alteración del lenguaje debida a lesiones cerebrales producidas después de la adquisición del lenguaje o durante el transcurso del mismo. Podemos realizar la siguiente clasificación de las afasias según el tipo de lesión y los trastornos causados sobre los diferentes factores que intervienen en el lenguaje:

a) Afasia de Wernicke o sensorial: se manifiesta tras una lesión en el tercio posterior de las circunvalaciones temporales del hemisferio izquierdo. Se manifiesta en dificultades para analizar los sonidos de la lengua, trastornándose la comprensión y la expresión del lenguaje oral, imposibilitando la repetición correcta de elementos lingüísticos aislados e impidiendo la percepción de conjuntos de sonidos como poseedores de significado.

b) Afasia acústico-amnésica: se trata de una variante del subtipo anterior donde se manifiestan problemas para retener algunos rasgos auditivos del lenguaje. El sujeto puede repetir sonidos y palabras aisladas pero, es incapaz de repetir series de 3-4 palabras seguidas.

c) Afasia motora: dependiendo de la localización de la lesión, ésta se puede clasificar en:

   - Afasia motora cinestésica: se da una imposibilidad de combinar los movimientos necesarios para emitir los fonemas que forman las palabras. En los casos más graves, el sujeto no puede emitir ningún sonido. Esto se debe a la dificultad que presenta para percibir sus órganos fonatorios y la posición exacta en que éstos deben colocarse para pronunciar correctamente un fonema.
   - Afasia motora eferente o de Broca: produce una falta de fluidez en la articulación y una incapacidad para encadenar distintas articulaciones en un orden gramático correcto. Se debe a una lesión en la zona pre-motora del área del lenguaje.
   - Afasia semántica: en este caso, los sujetos tienen dificultad a la hora de establecer el significado de una frase de acuerdo a las posiciones de las distintas palabras dentro de una estructura gramatical. Puede darse también anomia, es decir, el sujeto no puede encontrar el nombre que corresponde a cada objeto.

- Afasia dinámica: causada por una lesión en el área inferior del lóbulo frontal del hemisferio izquierdo, produce dificultades para organizar las ideas y transformarlas en verbalizaciones. El sujeto utiliza expresiones estereotipadas y ecolalias.

- Afasia global o total: hablamos de este tipo de afasia cuando el lenguaje oral está casi abolido en sus aspectos motores, sensoriales y prácticos. Suele ir asociada a una hemiplejia y su pronóstico suele ser grave.

A continuación, expondremos la rehabilitación logopédica que se destina a este trastorno del lenguaje. Una de las cosas más importantes a tener en cuenta en la rehabilitación de las afasias es conocer con exactitud cuál es el proceso dañado. Para ello, existe un test estandarizado de evaluación de las afasias, se denomina EPLA. Otro aspecto a tener en cuenta es el grado de deterioro que presenta ese proceso y las habilidades lingüísticas que el niño todavía conserva. En las sesiones, es muy importante lograr la motivación y la atención del niño. En los resultados de este tratamiento, también influirá su duración, la edad y el sexo del paciente (los jóvenes tienden a recuperarse mejor que los adultos de mayor edad).

Como ya hemos señalado, la rehabilitación variará dependiendo de los módulos que se encuentren dañados. Seguidamente, explicaremos algunos ejemplos:

1. Anomia pura: de esta manera, el niño consigue activar adecuadamente los conceptos pero, fallan a la hora de seleccionar las palabras con las que se designan esos conceptos. Este tratamiento trata de facilitar la recuperación léxica del niño, fortaleciendo las conexiones entre los significados y sus representaciones léxicas. En estos casos se emplean tres estrategias: lectura en voz alta del nombre de un dibujo teniendo el dibujo presente; lectura en voz alta del nombre de un dibujo sin estar el dibujo presente y claves fonológicas sucesivas hasta que el niño consiga nombrar el dibujo.

2. Anomia semántica: en esta estrategia, el niño presenta dificultades para activar los conceptos. Por lo tanto, la terapia irá dirigida a conseguir una adecuada recuperación de los rasgos semánticos correspondientes a cada representación conceptual. Seguidamente, se le pide al niño que nombre el dibujo presentado, para poder asociar la palabra al significado. También podemos decir al niño que escriba el nombre de los dibujos que le vamos presentando. Cuando cometa un error semántico, dibujaremos el objeto correspondiente al error y lo compararemos con el dibujo que había nombrado de manera errónea para así, poder contrastar los rasgos que los diferencian.

## 6. <u>Disfasia</u>

Según Serón y Aguilar, la disfasia “se aplica en general a los niños que presentan un trastorno severo del lenguaje y cuyas causas no se deben a razones obvias como pueden ser: sordera, retraso mental, alguna dificultad motora, desórdenes emocionales o alteraciones de la personalidad”.

La disfasia es un trastorno superable siempre y cuando el niño esté envuelto en un ambiente propicio y se utilizan las estrategias adecuadas. Las estrategias de intervención que se utilizan se clasifican de la siguiente manera:

1. Estrategias indirectas:

   a) Ejercicios buco-faciales: se trata de realizar “gimnasia” con la boca. Le indicaremos las siguientes pautas: abrir y cerrar la boca; mover la lengua en distintas direcciones y posiciones; soplar hasta inflar un globo.

   b) Ejercicios de discriminación auditiva: lo más eficaz suele resultar utilizar una grabación con distintos sonidos de la vida cotidiana que resulten familiares al niño. A partir de la grabación, podemos jugar con él a identificar los sonidos.

2. Estrategias directas:

   a) Ejercicios para organizar la función sintáctica y el campo semántico a través de láminas e imágenes: por ejemplo, a partir de ilustraciones o dibujos, podemos jugar con el niño a relacionar unos conceptos con otros que tengan relación con ellos.

   b) Ejercicios facilitadores de la comunicación mediante dibujos y la utilización de gestos: pedimos al niño que observe una lámina que contiene un dibujo y le pedimos que nos cuente una historia relacionada con la ilustración vista.

   c) Ejercicios morfosintácticos: presentamos al niño dos palabras y le pedimos que forme una frase en la que aparezcan ambas. Con el paso de las sesiones, aumentaremos el número de palabras, de manera que la frase sea cada vez más compleja.

**7. Disglosia**

Es un trastorno de la articulación de origen no neurológico central y provocado por lesiones físicas o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos. Encontramos los siguientes tipos: Disglosia labial, Disglosia dental, Disglosia lingual, Disglosia mandibular y Disglosia palatal.

Dependiendo del tipo de alteración orgánica, se requerirá un tratamiento distinto: quirúrgico, ortodóncico, logopédico, psicológico o pediátrico.

Para cada tipo de Disglosia se requiere un tratamiento logopédico específico. De forma general, se deben trabajar los siguientes aspectos:

- Respiración
- Tonicidad
- Praxias

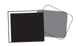


- Soplos
- Articulación
- Deglución

# BIBLIOGRAFÍA

- Acereda, A. y Sastre, S. La superdotación. Madrid: Síntesis, 1998.
- Acosta, V. Manual de logopedia. Tenerife: Consejería de Educación, 1997.
- Agullo, C. y López-Herce, J. El niño disminuido físico, orientaciones a padres y educadores. Madrid: INSERSO, 1988.
- Alegre, O., Miñana, J. y García J. Guía para padres. Desarrollo sensorial para niños ciegos y deficientes visuales. Alicante: ONCE, 1988.
- Alonso, J.A., Renzulli, J.S. y Benito, Y. Manual internacional de superdotados. Madrid: EOS, 2003.
- Álvarez González, B. Alumnos de altas capacidades. Identificación e intervención educativa. Madrid: Bruño, 2000.
- Anaya, D. Diagnóstico en Orientación e Intervención Psicopedagógica. Madrid: UNED, 1999.
- Ángel Lázaro Martínez. Psicopedagogía. Formación de profesores de Educación Secundaria. Madrid: Instituto de ciencias de la educación. Universidad Complutense de Madrid.
- Anguera, M. T. Metodología de la observación en las ciencias humanas (3ª Edición). Madrid: Cátedra, 1985.
- Antonio Monclús Estella. Educación y sistema educativo. Madrid: Instituto de ciencias de la educación. Universidad Complutense de Madrid, 2005.
- Arnáiz Sánchez, P. Revista de psicomotricidad y técnicas corporales. Noviembre, 2000.
- Ayala, F. J. Origen y evolución del hombre. Madrid: Alianza, 1980.
- Avila de Encio, Carmen y Polaino Lorente, Aquilino. Cómo vivir con un niño hiperactivo. Madrid: Narcea, 1999.
- Batanaz Palomares, L. Investigación y diagnóstico en educación. Una perspectiva psicopedagógica. Málaga: Aljibe, 1996.
- Basil, Soro y Rosell. Sistemas de signos y ayudas técnicas para la comunicación aumentativa y la escritura. Madrid: Masson, 1998.
- Baumgart. Sistemas alternativos de comunicación para personas con discapacidad. Madrid: Alianza, 1996.
- Beltrán, J. y otros. Intervención psicopedagógica y currículo escolar. Madrid: Pirámide, 2000.

- Benedet, M. J. El déficit cognitivo en la deficiencia mental. Madrid: Pirámide, 1992.
- Bobath, B. Hemiplejia: valoración y tratamiento. Buenos Aires: Editorial médica panamericana, 1972.
- Bobath, B. Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral. Buenos Aires: Editorial médica panamericana, 1976.
- Bourgés, S. Test para el psicodiagnóstico infantil. Madrid: Cincel, 1990.
- Bustos Barcos, Mª C. Reeducación del habla y del lenguaje en el paralítico cerebral. Madrid: CEPE, 1993.
- Bustos Barcos, M. C. Manual de logopedia escolar. Madrid: CEPE, 1995.
- Cairns, R.B. Social development. San Francisco: Freeman, 1979.
- Castañer, M. y Camerino, O. Educación física en infantil. Barcelona: Inde, 1991.
- Cecilia Tejedor, A. Aprendiendo a oír. Manual práctico de educación auditiva para la adaptación de prótesis e implantes cocleares. Editorial: CEPE, 2005.
- Clemente, M. Actividades para el desarrollo del lenguaje. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 1989.
- Clemente, R.A. Desarrollo del lenguaje. Barcelona: Octaedro, 1995.
- CNREE. Las necesidades educativas especiales del niño con deficiencia motora. Madrid: M. E. C., 1990.
- Cobos Álvarez, P. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Madrid: Pirámide, 1995.
- Cohen, R y Swerdlik, M. Pruebas y evaluación psicológicas. México: McGraw-Hill, 2001.
- Conde, J. L. y Viciana, V. Fundamentos para el desarrollo de la psicomotricidad en edades tempranas. Málaga: Aljibe, 1997.
- Conde, J. L. Juegos para el desarrollo de las habilidades motrices en educación infantil. Málaga: Aljibe, 2001.
- Cuetos, F. Psicología de la lectura. Madrid: Escuela Española, 1994.
- Delval ,J. El desarrollo humano. (4ª Edición). Madrid: Siglo XXI de España editores, 1999.
- Delval, J. Los fines de la educación. Madrid/ México: Siglo XXI, 1993.




- Donaldson, M. La mente de los niños. Trad. cast. De A. Guera. Madrid: Morata, 1979.
- DSM-IV-TR. Criterios diagnósticos. Editorial Masson, 2005.
- Echeita, G. El mundo adulto en la mente de los niños. La comprensión infantil de las relaciones de intercambio. Madrid: CIDE, 1988.
- Eisenberg, N. The development of prosocial behavior. Nueva York: Academic Press, 1982.
- Fernández Ballesteros, R. Introducción a la evaluación psicológica. Madrid: Pirámide, 2000.
- Fejerman, Natalio. Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- Freeman, J. Los niños superdotados. Aspectos psicológicos y pedagógicos. Madrid: Santillana, 1988.
- Frith, U. Autismo. Hacia una explicación del enigma. Trad. Cast. de Á. Rivière y M. Núñez. Madrid: Alianza, 1991.
- Gallego, J.L. Dificultades de la articulación en el lenguaje infantil. Málaga: Aljibe, 2000.
- García J.N. Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica. Barcelona: Ariel, 2001.
- García Prieto, A. Niños y niñas con parálisis cerebral. Madrid: Narcea, 1999.
- Garvey, C. El juego infantil. Madrid: Morata, 1978.
- Garvey, C. El habla infantil. Trad. cast. de A. Guera. Madrid: Morata, 1987.
- Gutiérrez Cáceres, R. Cómo escriben los alumnos sordos. Málaga: Aljibe, 2004.
- Huerta, E. y Matamala, A. Tratamiento y prevención de las dificultades lectoras. Madrid: Visor, 1995.
- Hobson, Peter. El autismo y el desarrollo de la mente. Madrid: Alianza editorial, 1993.
- Inhelder, B. y Piaget, J. La gènese des structures logiques élémentaires. Classifications et seriations. Trad. cast. de Riani, M. Génesis de las estructuras lógicas elementales. Buenos Aires: Guadalupe, 1967.
- Inhelder, B. y Piaget J. De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Buenos Aires: Guadalupe, 1967.




- Jiménez González, J. Psicología de las dificultades de aprendizaje. Madrid: Síntesis, 1999.
- Jiménez, J. E. y Ortiz M. R. Conciencia fonológica y aprendizaje de la lectura. Madrid: Síntesis, 1995.
- Kandel E. R. y Hawkins R. D. Bases biológicas del aprendizaje y de la individualidad. Investigación y Ciencia 48-57, 1992.
- Lambert, J. L. Introducción al retraso mental. Barcelona: Herder, 1980.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- Linaza, J. L. y Maldonado, A. Los juegos y el deporte en el desarrollo psicológico del niño. Barcelona: Anthropos, 1987.
- Marchesi, A. El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos. Madrid: Alianza, 1987.
- Miranda A., Fortes M. C. y Gil M. D. Dificultades de aprendizaje de las matemáticas. Un enfoque evolutivo. Málaga: Aljibe, 1998.
- Miller, A. El drama del niño dotado. Barcelona: Tusquets, 1991.
- Moreno García, Inmaculada. Hiperactividad. Madrid: Pirámide S.A, 1995.
- Navarro óngora, J. Familias con personas discapacitadas: características y fórmulas de intervención. Salamanca: Junta de Castilla y León, 1998.
- Oña, A. Desarrollo y motricidad: fundamentos evolutivos de la educación física, 1997.
- Orfelio G. León e Ignacio Montero. Métodos de investigación en Psicología y Educación. (3ª Edición). Madrid: McGraw-Hill, 2003.
- Ortiz González, Mª R. Manual de dificultades de aprendizaje. Madrid: Pirámide, 2004.
- Peñafiel, F. y Fernández, J. Cómo intervenir en logopedia escolar. Resolución de casos prácticos. Madrid: CCS, 2000.
- Perera, J. Síndrome de Down. Programa de acción educativa. Madrid: CEPE, 1993.
- Pérez Solís, M. Orientación educativa y dificultades de aprendizaje. Madrid: Thompson, 2002.
- Primitivo Sánchez Delgado. El proceso de enseñanza y aprendizaje. Madrid: Instituto de ciencias de la educación. Universidad Complutense de Madrid, 2005.

- Puente, A. Comprensión de la lectura y acción docente. Madrid: Pirámide, 1991.
- Pueschel, S. M. Síndrome de Down: hacia un futuro mejor. Guía para padres. Barcelona: Masson, 1997.
- Sánchez, E. Los textos expositivos. Madrid: Santillana, 1993.
- Schiefelbusch, R.L. Bases para la intervención en el lenguaje. Madrid: Alhambra Universidad, 1986.
- Silva, F. Evaluación psicológica en niños y adolescentes. Madrid: Síntesis, 1995.
- Snyder- McLean, L. y McLean, J.E. Eficacia de la intervención precoz para niños con deficiencias del lenguaje y de la comunicación, 1989.
- Sotillo, M.. Sistemas alternativos de comunicación. Madrid: Trotta, 1993.
- Suárez, A. Dificultades en el aprendizaje: un modelo de diagnóstico e intervención. Madrid: Santillana, 1995.
- Taylor, Eric A. El niño hiperactivo. Barcelona: Martínez Roca S.A,, 1991.
- Torres, S., Urquiza, R. y Santana, R. Deficiencia auditiva. Guía para profesionales y padres. Madrid: Aljibe, 1999.
- Verdugo, M. A. Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. Madrid: Siglo XXI, 1999.
- Vermeylen, G. La psicología del niño y del adolescente. Madrid: Ediciones la Lectura, 1928.
- Vidal, J. y Manjón, D. Evaluación e informe psicopedagógico. Una perspectiva curricular. Madrid: EOS, 1992.
- Vidal, J. y Manjón D. Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica. Vol. I y II. Madrid: EOS, 2001.
- Vigotski, L. S. El papel del juego en el desarrollo del niño. Barcelona: Crítica, 1979.
- Vigotski, L. S. Pensamiento y lenguaje. Buenos Aires: Lautaro, 1964.
- Wallace, B. La educación de los niños más capaces. Madrid: Visor, 1988.
- Wickstrom, R. Patrones motores básicos. Madrid: Alianza deporte, 1990.
- Wing, L. La educación del niño autista. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- Wing, L. Autismo infantil: aspectos médicos y educativos. Madrid: Santillana, 1992.

## ENVIE SUS PROYECTOS

Editorial CEP presenta una colección destinada a profesionales del ámbito educativo; directores, asesores, psicopedagogos, psicólogos, tutores, consejeros, orientadores y docentes. En estas publicaciones se profundiza sobre alguna problemática, invitando a escribir a quienes investigan desde los ámbitos académicos e intervienen en las instituciones, dando lugar a una pluralidad de posiciones.

Invitamos a docentes, especialistas e investigadores, a acercar sus trabajos, experiencias y propuestas para ser publicadas y compartidas con otros colegas en nuestras ediciones.

Si está interesado en publicar con nosotros envíe sus proyectos a **consultas@grupopublicep.com**

**www.editorialcep.com**




9 788468 108070